



Centro Universitário de Brasília- UniCEUB
Faculdade de Ciências, Educação e Saúde- FACES
Curso de Psicologia

Aline Moura Barros Martins
RA: 2076519/2

**A HISTÓRIA DE UM BEBÊ:
UM ESTUDO DE CASO SOBRE A VINCULAÇÃO MÃE-BEBÊ SEPARADOS PELA
INTERNAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO**

Brasília
Dezembro de 2012.

Aline Moura Barros Martins
RA: 2076519/2

A HISTÓRIA DE UM BEBÊ:
UM ESTUDO DE CASO SOBRE A VINCULAÇÃO MÃE-BEBÊ SEPARADOS PELA
INTERNAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO

Monografia apresentada à Faculdade de
Ciências, Educação e Saúde-
FACES/UniCEUB como requisito
parcial para obtenção do grau de
Bacharel em Psicologia.
Orientadora: Professora Msc. Morgana
de Almeida Queiroz.

Brasília
Dezembro de 2012

Centro Universitário de Brasília- UniCEUB
Faculdade de Ciências, Educação e Saúde- FACES
Curso de Psicologia

Folha de Avaliação

Aline Moura Barros Martins

A História de um Bebê: Um Estudo de Caso sobre a Vinculação Mãe-Bebê Separados pela Internação do Recém-nascido

Monografia apresentada à Faculdade de Ciências, Educação e Saúde- FACES/UniCEUB como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Esta monografia foi aprovada pela comissão examinadora composta por:

(Orientador)

(Avaliador)

(Avaliador)

A menção final obtida foi:

Brasília

Dezembro de 2012

Agradecimento

Agradeço a Deus, autor da vida, que com seu amor incondicional sempre cuidou de mim;

Aos meus pais, Chiquinho e Linair, ao meu irmão Rodrigo e ao meu namorado Guto pela presença, auxílio, paciência, cuidado e amor;

À minha orientadora/psicanalista Morgana Queiroz, obrigada pela ajuda neste trabalho e na vida;

À *Sofia*, a participante desse estudo, ao seu esposo *João*, e aos seus filhos: *Clara*, *Vitor* e *Davi*¹.

Aos meus queridos professores por se dedicarem ao ensino com tanto empenho e aos seus alunos com consideração;

Aos meus amigos/irmãos Wanessa Muniz, Lorena Costa, Christiano Nishikawa, Rafael Bianco, Roberto Montenegro e Suelene Ribeiro por todos esses anos tão divertidos, pela força recebida em momentos difíceis, pelas horas de estudo na biblioteca e pelos momentos memoráveis, vocês são hum... Fantásticos!

Aos meus irmãos em Cristo por muitas vezes estarem ao meu lado nos trabalhos, no ministério e na vida, sempre suportando e decidindo me amar. Eu também decidi amar vocês!

¹ Nomes fictícios.

*Há descaminhos em meus passos
Uma sombra que abraço
Um presente passado
Uma vontade tamanha de não ter mais vontade
Não admiro os covardes, mas agora é tarde...*

(Presente Passado, Isabella Taviani)

Sumário

Resumo	v
Introdução	1
Para Entender: Fundamentação Teórica	6
De Dentro.....	6
“Quando eu crescer...”	6
Seremos pais!	13
... Para Fora.	19
O grande desencontro	19
Por que o meu bebê?.....	24
A separação	24
O tempo na UTI.....	26
Enfim, sós...ou quase...	33
Como foi Feito: Metodologia.....	39
A História: apresentação e análise das entrevistas	43
-SOFIA E DAVI-	43
Análise de dados.....	55
Considerações finais.....	62
Referências Bibliográficas	65
Anexos	70
Anexo 1. Roteiro de Entrevista	71
Anexo 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	72

Resumo

Esta pesquisa se caracteriza como um estudo de caso sobre a vinculação mãe-bebê, após a internação do recém-nascido. Sabe-se que a internação do bebê na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), por sua prematuridade, constitui um momento de ruptura na relação entre a mãe e seu bebê. Desta forma, o presente estudo procurou demonstrar de que modo a vinculação afetiva pode ocorrer após a internação. Participou do estudo uma mãe que teve um parto prematuro na 28ª semana de gestação, cujo bebê necessitou ser encaminhado a UTIN. Como dados deste estudo, foi possível depreender que para a mãe em questão a internação do bebê não foi o principal fator de separação afetiva da díade mãe-bebê, sendo o seu histórico mais relevante para a não vinculação com o filho. Apesar disso, o encontro com o filho debilitado, a informação oferecida pela psicóloga do hospital sobre a importância do afeto materno para o desenvolvimento do bebê e o exemplo de uma mãe com o filho igualmente internado foram fatores contribuintes para que a vinculação ocorresse durante o período de internação. Para a psicologia este estudo ressaltou a importância do psicólogo na equipe de saúde como agente auxiliador na melhora da relação mãe-bebê e consequentemente no estado de saúde do bebê.

Palavras chave: vinculação mãe-bebê, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, prematuridade, afeto materno.

Introdução

Normalmente, caso não haja intercorrências, após o nascimento a termo de um bebê, a mãe entra em uma condição chamada de “preocupação materno-primária”. Nesse estado, a mãe torna-se capaz de compreender e atender as necessidades do bebê, voltando todo o seu interesse para o self deste e não para o seu próprio. Para que seja possível a vivência desta condição, a mãe deve estar apta a identificar-se com seu bebê e doar-se totalmente a este, sendo capaz de atendê-lo de forma suficientemente boa (Winnicott, 2001).

Essa identificação não ocorre de um momento para o outro, sendo permeada pelas vivências pessoais dos pais em relação aos cuidados recebidos em suas infâncias, pelo desejo parental em relação ao bebê e todo o processo imaginário, não só da mãe como também do pai, que possibilitam a existência física e psíquica do bebê no desejo parental (Szejer & Stewart, 2002).

O processo originário dessas histórias permite aos pais caracterizarem o bebê e idealizarem os cuidados que lhe darão após seu nascimento. Juntamente com as vivências da gravidez, os dados históricos dão origem ao bebê imaginário durante a gestação e, até o final desta, os pais conseguem entrar cada vez mais em contato com o bebê real, que não depende somente de seu imaginário para ser, mas permite-lhes acostumarem-se com a realidade de um bebê diferente do anterior. Desta forma, ao nascer, o bebê a termo pode ser aceito e cuidado pelos pais que durante a gestação tiveram a possibilidade de assimilar e compreender que ele poderia ser diferente daquele vivenciado em seu imaginário (Baptista & Furquim, 2009; Brazelton & Cramer, 1992; Mathelin, 1999).

Contudo, com o bebê pré-termo esse processo ocorre de modo diferente. Como o prematuro teve seu nascimento antecipado, sua existência psíquica para os pais não pode ser completada já que a possibilidade do bebê real não chegou, por vezes, a ser cogitada (Braga & Morsch, 2003; Moreira & Bomfim, 2003).

Assim o bebê imaginário teve que inesperadamente dar lugar a um bebê real, bastante contrário às expectativas parentais e incapaz de supri-las, em especial, às da mãe. Pela urgência de suas necessidades o bebê prematuro logo é encaminhado à Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), onde receberá os cuidados essenciais para sua sobrevivência (Braga & Morsch, 2003; Moreira & Bomfim, 2003).

Neste contexto a função da mãe passa a ser exercida pela UTIN, que será responsável pelo suprimento orgânico das necessidades do bebê. Para a mãe que vive esta condição há um sofrimento duplo: primeiramente, ela sofre por ter sido incapaz de levar a gestação até o fim. E por consequência, sofre por não poder suprir as necessidades de seu bebê, sendo substituída pela UTIN e sua equipe (Braga & Morsch, 2005; Arruda & Marcon, 2007; Gaíva & Scochi, 2005; Mathelin, 1999).

Com o peso da culpa por sua incapacidade e pela eminência de morte de seu filho, a mãe tem dificuldades em vincular-se ao bebê e garantir-lhe o afeto e amor que também são necessários à sobrevivência do recém-nascido (Mathelin, 1999).

Para que a mãe volte ou comece a investir afetivamente em seu bebê, ela precisa compreender sua importância para este e aceitar sua real condição. A equipe nesse contexto pode funcionar como promotora da transformação necessária no pensamento da mãe impulsionando de diferentes modos sua vinculação com o bebê em seu investimento afetivo (Dias, 2004; Gaíva & Scochi, 2005; Mathelin, 1999).

Colocada a situação problema, apresenta-se agora a proposta deste trabalho. No decorrer do último século, os cuidados iniciais com o recém-nascido prematuro foram se alterando de acordo com a possibilidade e aparato tecnológico presente em cada época. Ainda no final deste século, as “chocadeiras de bebês” foram inventadas possibilitando a sobrevivência de um número maior de recém-nascidos prematuros internados. Essa perspectiva de cuidado deu subsídios para o afastamento do cuidado dos pais com os recém-nascidos, deixando exclusivamente com a equipe médica a responsabilidade da sobrevivência do bebê (Baptista et. al 2009).

Apesar dessas mudanças, nas duas últimas décadas, a participação dos pais nas UTIN foi retomada em sua importância e juntamente com programas de estimulação dessa participação, os pais foram retornando ao ambiente hospitalar para, com a equipe médica, oferecer cuidados ao seu bebê para a sua melhora e desenvolvimento físico e emocional (Daher, et. al., 2009), já que o afastamento das crianças, a dificuldade em lidar com suas necessidades e a dificuldade da formação do vínculo nos primeiros dias e nas primeiras etapas da vida do recém-nascido são fatores que contribuem para a apresentação de comportamentos desfavoráveis por parte dos pais em relação aos filhos e para o atraso do desenvolvimento destes (Daher, et. al., 2009).

O conhecimento da importância da manutenção da díade (mãe-bebê) e das demais relações familiares, por si só, não é capaz de gerar mudanças. Como forma prática dessa concepção, alterações como a implementação de alojamentos conjuntos para as mães e bebês e programas como o “Método Canguru” são utilizados para que o vínculo entre mãe-bebê não se perca em meio aos cuidados médicos, as preocupações com a saúde do bebê e a quebra de expectativas com a presença de um bebê diferente daquele que era esperado.

Neste cenário, o trabalho do psicólogo, com o bebê e com a mãe terá como objetivo principal a vinculação da mãe e do bebê, podendo realizar intervenções e atividades que previnam problemas relacionados a esta relação e que venham interferir no desenvolvimento e crescimento do recém-nascido prematuro.

Assim, esta pesquisa teve como objetivo analisar o processo de vinculação entre uma mãe e seu bebê que foi internado em uma UTIN logo após seu nascimento, considerando a possibilidade de interrupção do vínculo da díade em decorrência desta internação.

Para tanto, durante a fundamentação teórica foi “vivenciada” uma gestação, um parto prematuro e uma internação. O primeiro capítulo apresenta os fenômenos relacionados ao desejo de ser pai ou mãe e as diferentes fases tanto biológicas quanto físicas vivenciadas em uma gestação comum.

No segundo capítulo, tem-se a gestação interrompida pelo parto prematuro, culminando na internação do bebê. Durante a internação foi possível conhecer alguns sentimentos e situações vivenciados pelos pais, em especial a mãe, assim como as alternativas propostas pela equipe para a reconstrução do vínculo entre mãe e bebê.

Foi dada especial atenção ao Método Canguru como proposta da equipe e às suas duas primeiras etapas: a realização da posição canguru na internação na UTIN e a vivência mãe-bebê na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa).

Após a fundamentação teórica foram apresentados os dados obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas. Os dados, após serem submetidos à análise de conteúdo

(Gomes, 2002) deram origem às seguintes categorias: (a) o desejo de ser mãe; (b) as gravidezes de Sofia²; (c) a internação e (d) o Alojamento Conjunto.

A partir da apresentação e da análise dos dados foi possível compreender que para a mãe deste estudo a informação e as práticas oferecidas pela equipe de saúde, juntamente com a espiritualidade foram fundamentais para a vinculação mãe-bebê e para o investimento afetivo materno na recuperação do recém-nascido. Além disso, para essa mãe o fato de ser, previamente, mãe de prematuros fez com que a prematuridade em si não fosse o motivo principal do rompimento do vínculo, mas motivos alheios a esse fator, como o desejo de ter apenas dois filhos, ao invés de três.

De modo mais abrangente, para a prática psicológica no ambiente hospitalar, foi possível concluir, a partir dessa pesquisa, que a informação e as ações conjuntas da equipe favorecedoras do relacionamento mãe-bebê são fundamentais na vinculação afetiva da díade.

² Nome fictício da mãe.

Para Entender: Fundamentação Teórica

De Dentro...

“Quando eu crescer...”

“No princípio era o Verbo, e o Verbo era Deus. Ele estava no princípio com Deus. Todas as coisas foram feitas por intermédio dele, e, sem ele, nada do que foi feito se fez”.

João 1:1-3

Segundo a Bíblia, o mundo foi criado por Deus através de sua palavra. Com sua voz os céus, a terra, as plantas e os seres da criação surgiram e por meio dela, Ele os governava. Nos versículos apresentados, o autor, João, fala de Cristo, chamando-o de Verbo e explicando que o Verbo era Deus, estava com Deus durante toda a criação e possibilitou que esta fosse feita. Mesmo antes de sua vida carnal, Cristo já existia na vida do próprio Deus. Desta forma, podemos pensar que Cristo, o Verbo, era a própria palavra de Deus, que deu origem a tudo o que se fez, até nascer como homem e cumprir sua missão vinda do amor de Deus pelo mundo (A Bíblia da Mulher, 2003).

Este relato bíblico é para explicar que Cristo era, além da palavra de Deus, o próprio Deus, e futuramente seu filho encarnado é um ótimo exemplo para explicar o nascimento de uma criança.

Szejer e Stewart (2002) afirmam que

Toda criança vem ao mundo por um banho de linguagem, isto é, de uma história no seio da qual sua existência começou e se inscreve, através de palavras que presidiram o encontro mais ou menos bem sucedido de duas linhagens e que chega um dia a essa fecundação (p. 43-44).

A vida de uma criança pode começar biologicamente a partir de sua fecundação, mas muito antes disso, ela já está inscrita na história de seus pais. O relacionamento dos pais com seus próprios pais e demais familiares, os desejos não cumpridos, as expectativas geradas sobre os indivíduos e o que foi aprendido como sinônimo de amor, afeto, família, dentre outros fatores, são contribuintes que compõem os desejos maternos e paternos deles mesmos construir sua descendência, ou não (Brazelton & Cramer, 1992; Rappaport, 1981; Szejer & Stewart, 2002).

Essas relações e significados constituíram os membros do casal e lhes conferiram lugares no ciclo familiar e na sociedade que lhes permitiram serem algumas coisas e não serem outras. Essas duas histórias e esses lugares familiares foram constituídos de palavras. Palavras ditas sobre cada um antes mesmo de suas existências, mas também palavras não ditas, deixadas em suspenso e que da mesma forma foram assimiladas na constituição de cada pai e de cada mãe. Essas palavras compõem o *banho de linguagem* que Szejer e Stewart fazem referência e também estão presentes no desejo, ou não, da formação de uma família para cada ser humano.

Desta forma, quando uma criança é concebida, ela surge como o encontro de duas linhagens, de duas histórias formadas por ditos e não ditos que se encaixaram e nas quais ela já era habilitada a existir, de alguma forma. Além de estar habilitada a existir, essa criança, antes de sua concepção, já tinha um lugar, uma missão a cumprir, de acordo com a história que juntou seus pais. Não que essa herança familiar lhe fosse determinante de ação, como se um filho de um casal, que surgiu em meio a uma crise conjugal, estivesse para sempre destinado a unir os pais. Mas ainda que ele reagisse ao que lhe foi dado de forma contrária à sua “tarefa”, ele estaria, ainda assim, vivendo em torno do que aquele encontro de histórias lhe destinou (Szejer e Stewart, 2002).

Foi dito, que cada história e lugar familiar possibilitaram a união do casal, mas antes disso, possibilitaram também o desejo de se ter um filho. Mohallem e Souza (2000) explicam de que forma o desejo se instaura no sujeito de acordo com Lacan e Freud. Ele é gerado a partir da primeira experiência de satisfação da pessoa. Ao nascer, o ser encontra-se completamente desamparado, perdido em sua impotência e necessidade e, ao ser alimentado pela primeira vez, ele tem satisfeita a sua necessidade orgânica e é amparado.

Essa primeira vivência de satisfação, apesar de ocorrer num registro orgânico, inscreve, ao nível do aparelho psíquico, um traço mnésico da imagem e da percepção do objeto que proporcionou satisfação, descarga de tensão e prazer (Mohallem & Souza, 2000, p. 19).

Depois disso, as necessidades da criança são relacionadas a tal imagem do objeto e à memória de satisfação. A pura necessidade inicial é posteriormente ligada à essa memória, na qual o bebê investe intensamente. Ele a sente como percepção real e alucina com a satisfação advinda dela. Esta alucinação aplaca temporariamente o estado de tensão do bebê, a cada vez que ele deseja a satisfação, mas não aplaca a necessidade. Tal alucinação do bebê é chamada de desejo por Mohallem e Souza (2000). Este desejo é alimentado pelas memórias de satisfação e bloqueia a tensão e privação da falta causadora da necessidade inconsciente.

Contudo, a alucinação não compõe o próprio objeto, e quando ela não é capaz de satisfazer o sujeito, no caso, o bebê, este emite sinais para que um outro possa atendê-lo, sinais esses, que só adquirem sentido na presença de quem os possa satisfazer. Nessa relação, o outro, ao mesmo tempo em que satisfaz o bebê, também tem seu próprio desejo satisfeito. Assim, o que o bebê deseja, fica condicionado a este outro.

Este último então, nessa relação, insere a criança no universo da linguagem e o constitui como sujeito a partir do condicionamento de seu desejo ao desejo dele (Mohallem & Souza, 2000). Logo, o desejo do bebê fica relacionado ao desejo do outro que o insere no mundo.

Sobre esse aspecto relacional de ação e desejo, Brazelton (1987) afirma que o bebê e o adulto modelam-se mutuamente, à medida que um satisfaz o outro. Para desenvolver-se o bebê depende de duas fontes de energia: a interna, ligada ao Sistema Nervoso Central e suas funções, e a externa, vinda dos estímulos propiciados pelos pais em suas relações com o bebê. À medida que o bebê necessita de algo e os pais compreendem tal necessidade e auxiliam o bebê a tê-la satisfeita, eles possibilitam à criança a capacidade de ir além, de aprender mais. É o que Brazelton chama de sistema de *feedback*. Esse sistema é alimentado por essas duas fontes de energia no crescimento e desenvolvimento da criança. Quando os pais compreendem a necessidade e o bebê também compreende que pode ter sua necessidade satisfeita por seus pais, eles acabam modelando seus comportamentos com base no comportamento do outro, assim como o desejo fica submetido ao desejo do outro e intermediado pela linguagem, como foi explicado por Mohallem e Souza (2000).

Contudo, nem sempre há a compreensão desses interlocutores na relação de desejos e satisfação de necessidades. Algumas vezes, os pais, em especial as mães, não conseguem ser suficientemente bons ao ponto de reconhecerem a necessidade dos bebês e, além disso, supri-las de acordo com a necessidade deles não das suas (Winnicott, 2001).

Essa capacidade de direcionar sua atenção ao bebê e não às suas necessidades, é chamada por Winnicott de *preocupação materna primária*. Ela é relacionada ao poder

da mãe de temporariamente direcionar suas atenções e interesses não ao seu self, mas ao self do bebê e com o passar do tempo, poder retomar seus interesses pessoais com alguma prioridade. Essa capacidade é permeada de uma grande identificação entre a mãe e o bebê e a possibilita saber o que ele está sentindo ou precisa, mas também se caracteriza pelo desmame gradual da mãe em sua preocupação exclusiva com filho.

Exercendo essa preocupação de mãe suficientemente boa, ela também cumpre outras funções: o holding (ou segurar), o handling (ou manipular) e a apresentação dos objetos. Com o holding, a mãe é capaz de dar segurança ao bebê através de sua identificação e ações de proteção. Ele é manifesto no cuidado diário, na consideração das peculiaridades do bebê, na proteção de agressões físicas e ambientais e da possível insegurança que o bebê possa sentir. O handling facilita o reconhecimento do bebê entre o que é real e o irreal. Através da manipulação de seu corpo o bebê percebe seus membros, seus limites, percebe a si mesmo. E por fim, a apresentação dos objetos que tornam o bebê capaz de reconhecê-los para além de si e relacionar-se com eles, com a exploração de novas experiências que impulsionam a capacidade criativa da criança (Winnicott, 2001; 2002).

Quando a mãe consegue exercer a função materna de maneira suficientemente boa, ela possibilita que a criança tenha seu ego fortalecido e, conseqüentemente, através da identificação da mãe, da dependência absoluta, parcial, e futuramente independência da criança, esta última possa individualizar-se e perceber o mundo, os outros e a si mesma como um indivíduo, desenvolvendo seu próprio self (Winnicott, 2001).

Winnicott (2001) relaciona duas formas nas quais as mães não conseguem ter essa *preocupação materna primária*. A primeira ocorre quando a mãe é incapaz de abdicar de seus interesses em prol de seu filho. E a segunda forma ocorre quando a mãe

preocupa-se tanto com o bebê que sua preocupação torna-se patológica. Em ambos os casos há uma dificuldade em “desmamar” o bebê de sua atenção. No primeiro, por aquela mãe nunca ter tido, de fato, sua atenção inteiramente voltada ao bebê. No segundo, ou a mãe rompe de forma brusca sua atenção com o bebê, ou torna-se incapaz de desmamá-lo.

Nessas situações em que a mãe não consegue ser suficientemente boa e o bebê não recebe de modo eficaz as funções que deveria vivenciar no cuidado de sua mãe, a insegurança, o medo de despedaçar-se, seu funcionamento e conhecimento corporal e sua capacidade de sentir-se em relação aos fenômenos do mundo fica prejudicada, e conseqüentemente, sua capacidade de torna-se um indivíduo diferenciado do outro, pois se ele não consegue ver-se como um ser distinto do mundo, não consegue elaborar seu próprio self, ou pelo menos suas bases (Winnicott, 2001).

Desta forma, o self do bebê é encoberto pelo o que lhe é propiciado por sua mãe ou cuidador, tornando-se um falso self que oculta o self verdadeiro da criança e o impede de emergir (Winnicott, 2001).

Como foi dito no início do capítulo, antes mesmo de ser concebido, o bebê já tem sua existência inscrita na vida de seus pais. Essas experiências iniciais de cuidado na relação mãe-bebê são também as bases nas quais os futuros pais irão apoiar-se para imaginar seus filhos, de acordo com os cuidados e relações pessoais. Caso em sua história, de alguma forma, algum dos futuros pais tenha tido experiências ruins em relação à maternagem inicial, essas marcas estarão presentes na formulação de seu desejo de tornarem-se pais.

Logo, a experiência de ser cuidado está na base do desejo de se ter um bebê e na base da parentalidade, ou seja, da disposição de exercer a maternidade e a

paternidade (Brasil, 2011). Ainda para Lebovici (1987, citado por Brasil, 2011) esta base experiencial do cuidado inicial dos pais formula no mundo interior de cada um, o que se chama de *bebê fantasmático*. Este bebê arcaico é composto pelas experiências de cuidado ao longo do crescimento dos pais e é a partir dele que o novo bebê do casal começa a ser desenhado. Este desenho dá origem ao *bebê imaginário* que um pouco antes da gestação ou durante a mesma auxilia os pais, de forma inconsciente, a conceberem internamente aquele futuro bebê. Já durante a gestação, através da convivência com as experiências intraútero demonstradas pelo bebê, esses pais começam a atribuir ao feto características próprias. Este bebê caracterizado, juntamente com a composição das fantasias parentais sobre ele, é chamado de *imaginado* e acompanha os pais até os momentos finais da gestação, quando o *bebê real* começa a ser formulado por estes e ao nascer mostra-se muito diferente dos bebês anteriores (Lebovici, 1987 citado em Brasil, 2011).

Seremos pais!

“Acontece que existe este período muito útil de nove meses, ao longo do qual há tempo suficiente para que ocorra uma transformação importante na mulher, que pode então passar de um tipo de egoísmo para outro”.

(Winnicott, 2002, p. 3)

A gravidez é um período considerado de transição na vida da mulher e requisita dela capacidade de lidar com mudanças sociais, físicas e psicológicas. Apesar de ser considerado um momento natural, a gravidez não é um acontecimento desejado por todas as mulheres. A transformação do papel prioritário de filha para mãe, a adequação socioeconômica, como planejamento orçamentário e familiar em relação às atitudes necessárias a serem tomadas frente a gravidez, a transformação e o amadurecimento pessoal com uma relação saudável com o bebê são algumas das transformações vividas pela mulher neste percurso e requerem uma preparação para que tanto a gravidez quanto a vida relacional e pessoal mantenham-se saudáveis (Baptista & Furquim, 2009).

Segundo Aragão (2004), no início da gravidez o bebê é percebido pela mulher como um estrangeiro em seu corpo e durante a gestação ela terá a chance de se habituar a este estranho habitante que passará desta condição, a condição familiar para a mãe. Nesse período, também a mãe terá a oportunidade de produzir um espaço psíquico que dê lugar a esse bebê e para que este possa emergir como um sujeito.

Biologicamente a gravidez se inicia no momento da fertilização e perdura até o nascimento da criança. É um período de desenvolvimento intrauterino e começa a ser contado desde a última menstruação da mulher e sendo composta por três fases: o estágio germinal, o embrionário e o fetal. No estágio germinal, há a fecundação e a fixação do zigoto no endométrio. Sua duração varia de 10 a 14 dias. No estágio

embrionário ocorre o desenvolvimento dos principais órgãos e sistemas corporais do feto, por este fato, ele torna-se mais vulnerável. É neste período que ocorre a maior parte dos abortos espontâneos, geralmente ligados à anomalias do feto e cromossômicas. Este estágio tem duração de aproximadamente seis semanas, sendo iniciado na segunda semana de gravidez. O último estágio, conhecido como fetal vai até o nascimento do bebê. Nele não há a formação de novos órgãos, já formados no estágio anterior, mas sim o crescimento e a ampliação da complexidade destes (Baptista & Furquim, 2009).

Psicologicamente a mulher também passa por modificações durante a gravidez. Contudo, ela não se inicia com a fecundação, como já foi visto anteriormente. Os desejos de ser mãe e das características imaginadas sobre o bebê tornam-se mais presentes durante o planejamento da gravidez e já constituem a forma de vinculação e afeto direcionado da mãe para seu futuro filho. Caso a criança não seja desejada, essas vivências também influenciam na forma em que a mãe irá lidar com ela (Baptista & Furquim, 2009).

Brazelton e Cramer (1992) afirmam que o período gestacional compõe o início do apego parental e da vinculação afetiva com o bebê que está sendo gerado. Os nove meses de gravidez são para o casal o tempo de adaptar-se à nova condição. Os sentimentos vividos em relação ao bebê e aos demais membros de suas convivências são em grande parte ambíguos, mas podem ser vistos como coincidentes com as fases de desenvolvimento do feto durante a gravidez. Além disso, essas fases contribuem para que os futuros pais possam compreender o filho como um indivíduo diferente deles.

Em consonância com o período biológico da gestação, durante o primeiro trimestre a mãe precisará lidar com as náuseas, vômitos, inchaços, e transformações

corporais, como o aumento das mamas e da barriga. Além disso, pelas alterações hormonais em seu organismo, o estado de labilidade emocional torna-se constante e a dúvida sobre a gravidez aparece nessa fase (Baptista & Furquim, 2009).

Para Brazelton e Cramer (1992) esse período é conhecido como *aceitação da novidade*, quando os futuros pais se dão conta da responsabilidade que terão de enfrentar nesta nova fase de suas vidas. A regressão é uma ferramenta comumente utilizada por esses pais, como forma de proteção frente à novidade de se ter um filho. Desta forma eles entram em contato com a criança de suas infâncias e conseguem se reorganizar para a nova tarefa.

Nesta etapa os pais planejam o modo como irão criar seus filhos, simbolizando uma forma de evitar que as crianças entrem em contato com o mundo imperfeito que as rodeia e que não tenham os aspectos negativos que esses pais perceberam de suas criações e em si mesmos (Brazelton & Cramer, 1992).

A ambivalência e a dúvida destes pais esta por trás desse enorme desejo de perfeição. Inseguranças quanto o desejo de ser pai/ mãe, o pensamento de estar magoando o bebê com os próprios sentimentos e o medo, podem, apesar de serem ilusórios, influenciar de forma real no desenvolvimento do bebê. A mãe vai ter grande acesso a informações de crianças com defeitos e sobre como deve conduzir sua vida para não prejudicar o bebê. Para que ela não sucumba ao medo de um filho defeituoso, precisa idealizá-lo, vendo-o como um ser perfeito e querido (Brazelton & Cramer, 1992).

Nesse cenário, a família, a equipe e as pessoas que se relacionam com este casal devem lhe dar suporte. Assim o sendo, tais pessoas contribuem para o fortalecimento dos laços familiares daquela tríade (pai-mãe-bebê). Nessa época,

algumas mulheres, pelo reequilíbrio hormonal e o ajustamento emocional, retraem-se por utilizarem muita energia nessa reorganização. Ela precisa aceitar o corpo estranho do bebê dentro de si e lidar com os sentimentos ambivalentes sobre a vida do bebê. Após esse período ela pode aceitar a gravidez e levá-la como algo menos intrusivo (Brazelton & Cramer, 1992).

Durante o segundo trimestre, a mulher está mais estável emocionalmente, com mudanças corporais visíveis como o aumento do ventre e o aparecimento de manchas no rosto e nas mamas. Com os primeiros movimentos perceptíveis do bebê, a mulher sente concretamente a realidade de sua gravidez. Neste trimestre, a gravidez também se torna mais concreta para o parceiro, que passa a participar mais ativamente da gestação. Emocionalmente pode ocorrer a diminuição do desejo e do desempenho sexual, relacionado com o sentimento de não ser atraída sexualmente, além de sentir medo de traições e ciúmes do parceiro (Baptista e Furquim, 2009).

Já para Brazelton e Cramer (1992), esse trimestre caracteriza-se pelos *primeiros movimentos de um ser separado*. “Os movimentos intrauterino são a primeira contribuição da criança ao relacionamento com os pais” (p. 26), pois mostram a estes que o feto é um ser distinto de sua mãe, um ser com o qual é possível se relacionar, um ser separado.

A percepção da vida do feto e as mudanças corporais causadas por ele levam à mãe de volta à sua própria vida como bebê e lhe dá uma nova oportunidade de elaborar conflitos vividos com sua própria mãe em sua infância. Essas novas vivências possibilitam que essa mãe se desprenda dos conflitos antigos e possa individualizar-se das relações simbióticas originais (com sua própria mãe), reelaborar os conflitos e reavivar vínculos antigos e perdidos (Brazelton & Cramer, 1992; Mathelin, 1999).

No caso de mães muito jovens, essa desvinculação simbiótica pode não ocorrer, pelo alto grau de dependência ainda existente entre elas e suas mães. Nesses casos, a realização da função materna é mais difícil para essas novas mães, que podem chegar a verem seus filhos como rivais, em relação às suas próprias mães (Brazelton & Cramer, 1992).

Também é importante para a mãe reconhecer o papel e o desejo do pai sobre o bebê, afastando de si toda a responsabilidade tanto pela onipotência de criação de um novo ser como pela responsabilização caso algo aconteça ao feto e lhe cause danos ou prejuízos. Esse reconhecimento também é importante para a distinção corporal entre mãe e bebê, na percepção da própria mãe, já que ela reconhece que para que seu filho existisse, outro teve que estar com ela (Brazelton & Cramer, 1992).

O reconhecimento de que o bebê é real, a partir de seus movimentos, traz à tona autoquestionamentos maternos que a fazem alternar entre euforia e depressão. Também a levam a fantasiar sobre quem será aquele bebê e quais serão suas características. Juntamente com o desejo de um bebê perfeito, a mãe é assombrada pelo receio de qualquer imperfeição, o que a faz cogitar sobre qualquer anormalidade em seu bebê e em como viveriam com aquilo.

Desse modo, o bebê prematuro ou deficiente não é tanto uma surpresa para a mãe, mas antes uma frustração em face de todo o esforço que ela dispôs durante a gravidez (Brazelton & Cramer, 1992, p. 29).

Mesmo tendo imaginado um bebê ‘falho’ e as suas ações frente a isso, ela terá de lidar com o desgosto de perder um bebê ‘perfeito’ que seria o fim ideal de todo o seu trabalho gestacional (Brazelton & Cramer, 1992).

No terceiro trimestre, a mulher pode sentir-se mais ansiosa, ter problemas dentários (pela necessidade de cálcio do feto), contrações uterinas, vazamento de colostro, dificuldades digestivas, dias mais cansativos e sentimentos ambíguos relacionados ao filho (Baptista & Furquim, 2009).

Para Brazelton e Cramer (1992), o terceiro trimestre é marcado pelo aprendizado sobre o futuro bebê. Nos últimos meses os pais percebem cada vez mais que o feto é um ser separado e real, seja através de sua atividade ou através de seu crescimento. Esse último trimestre é a época de preparação estrutural dos pais para receberem o recém-nascido: a casa é arrumada, o chá de fralda realizado e a rotina dos pais é planejada para o dia-a-dia com o bebê. Com os ciclos do bebê, a mãe passa a reconhecer e prever quando e o que o bebê irá fazer ao longo do dia. Esse conhecimento, juntamente com a escolha de roupas, nome, e decorações feitas para o bebê ajuda o casal a reconhecê-lo e personificá-lo (Mathelin, 1999).

É neste trimestre que os pais começam a relacionar-se com o bebê real, e não só com o imaginado. Este trimestre serve como um tempo de preparação para que estes pais possam lidar com esse bebê real, muitas vezes bastante diferente do que eles imaginaram. Tal relacionamento chega ao seu ápice no momento do parto, quando este bebê real além de percebido, pode ser visto e tocado diretamente.

... Para Fora.

O grande desencontro

“Como sentir-se mãe desse bebê que não dá sinal, que não mama no seio, que não olha, que não sendo em momento algum tranquilizante, não fabrica mãe?”
(Mathelin, 1999, p. 67)

É comum que ao final do terceiro trimestre de gestação os pais já estejam preparados para a chegada do bebê. O enxoval, o chá de fraldas, o quarto, assim como as demais coisas deste provavelmente estão prontas, esperando somente o momento de serem utilizadas.

Isto ocorre por que durante a gravidez pais e familiares tiveram tempo o bastante para se adequarem à ideia de uma nova criança, como foi explicado anteriormente (Brazelton & Cramer, 1992; Baptista & Furquim, 2009). A mãe pode preparar-se para o choque de ser separada fisicamente de seu bebê relacionando-se de forma exclusiva e prioritária com ele, estabelecendo a preocupação materna primária (Winnicott, 2001; Aragão, 2004). Além disso, tanto ela quanto o pai puderam conceber em suas imaginações, a partir de suas experiências infantis, de suas representações sobre a criança e de seus desejos o bebê que estaria por vir, elaborando-o suficientemente para que quando o bebê real entrasse em cena (ao final da gestação e com o parto) os pais pudessem acolhê-lo e se aproximarem dele (Brasil, 2011).

Resumidamente, os pais, principalmente a mãe, puderam, nesse tempo de gestação, produzir um espaço psíquico essencial para que seu bebê tivesse as bases necessárias para advir como um sujeito (Aragão, 2004).

Nesse período também a mãe pode, além de reconhecer o bebê como seu, como real, reconhecer-se como mãe. A barriga redonda, os movimentos, as mudanças

corporais, o enxoval compuseram não só o bebê, mas também esta mãe como mãe (Mathelin, 1999).

Aqui nos debatemos com a questão principal deste trabalho. Se é tão importante chegar ao final da gestação para que no encontro dos pais com o bebê real exista a possibilidade de aproximação entre estes e o bebê, o que ocorre caso o este último nasça antes do final desta gestação?

Primeiro, é necessário compreender quem é o bebê prematuro. Biologicamente, a avaliação para que um bebê seja considerado prematuro passa pelos seguintes critérios: qual o seu peso, qual é a sua idade gestacional e qual é a relação entre seu peso e sua idade gestacional. Ele pode ser classificado como prematuro extremo quando nasce com menos de 28 semanas e menos de 1.000g e como recém-nascidos pré-termo quando nasce antes da 37ª semana; recém-nascidos a termo, sendo os nascidos entre 37 e 41 semanas. Ambos os dados (idade gestacional e peso) contribuem para a análise da condição clínica do bebê e de sua maturação física e juntamente como uma entrevista e o trabalho de pré-natal (quando realizado) pode indicar o motivo do nascimento antecipado do bebê (Baptista, Agostinho, Baptista, & Dias, 2009).

Dito isto, a seguir serão relatadas algumas questões relacionadas ao nascimento do bebê prematuro.

Duas possibilidades serão apresentadas para discutir o parto prematuro. A primeira relaciona-se àquelas mães que já sabiam que o filho poderia vir antes da hora e fizeram o máximo para mantê-lo na barriga. A outra relaciona-se às mães que por um susto tiveram que realizar partos de urgência para a retirada do bebê.

Para Baptista e Furquim (2009), a gestação de alto risco é aquela que apresenta sintomas e sinais que não são esperados e que tem a influência de diversos fatores de

risco que contribuam para a gravidade da gestação, como idade avançada da mãe, hábitos maternos que possam prejudicar o feto, hereditariedade, mudanças na rotina, abortos anteriores e condições de moradia e saneamento não adequadas.

A gravidez pode ser considerada de alto risco quando o feto e a mulher estão em risco em função de uma doença orgânica crônica ou aguda, significando um desenvolvimento inadequado para o conceito e/ ou para a gestante, afetando negativamente o resultado da gravidez (Baptista & Furquim, 2009, p. 16).

O trabalho de parto prematuro é uma das intercorrências que mais provocadas por gestações de alto risco. Nele a paciente entra em trabalho de parto antecipadamente (entre a 23ª e 37ª semana de gravidez), tendo necessidade de internação para inibição do parto. Na ala de alto risco, algumas mães podem ter algum conforto e descanso pelo cuidado médico recebido e pelo afastamento de conflitos familiares. Contudo, outras podem sentir-se mais preocupadas pelas responsabilidades deixadas em casa, como o cuidado de outros filhos, por exemplo (Baptista & Furquim, 2009).

À estas mães o parto prematuro pode ser concebido como um triunfo, caso elas, após terem conhecimento de sua gravidade, tenham tomado o máximo de medidas possíveis para que o feto permanecesse um maior tempo dentro da barriga. Nesses casos, por mais que tenha ocorrido a antecipação, a consciência da possibilidade já teria sido instaurada na mãe, preparando-a para a prematuridade do bebê (Baptista & Furquim, 2009).

A segunda possibilidade é a do susto. Para Mathelin (1999), o parto prematuro é marcado por atos e palavras de violência que não pode nem ser nominado pela mãe que o sofre. Muitas vezes esta segue para o hospital por um incômodo ou por uma consulta e acaba tendo que ficar para a realização de um parto de urgência. Esse choque

da urgência tem seu ápice com o ato de se arrancar o bebê do interior materno de forma tão abrupta e repentina. No campo das palavras, o susto é ressaltado pela incerteza médica sobre o futuro do neném que ainda pouco habitava o ventre e naquele momento corria risco de não sobreviver.

De qualquer forma, em ambos os casos, por mais que já exista alguma preparação por parte dos pais, pontos em comum podem ser ressaltados na importância da prematuridade do bebê para a relação da díade mãe-bebê e da tríade mãe-pai-bebê.

Segundo Aragão (2004) o tempo de gestação é importante para que a mãe possa mudar de um egoísmo ao outro, de si mesma para o bebê, dando-lhe espaço dentro de si. Contudo, quando ocorre um parto prematuro, a mãe tem interrompido esse período de modificação narcisista, da passagem entre as concepções psíquicas de “meu corpo” em direção à concepção de “meu corpo com o corpo do bebê”.

Desta forma esta mãe fica incapacitada de receber psiquicamente um bebê real que ainda não havia sido considerado como tal e assim, a chegada prematura do bebê fica marcada por violências, desencontros e descontinuidades entre o choque inicial do parto, a existência psíquica do bebê para sua mãe e sua existência e necessidade real após seu nascimento (Zornig, Morsch, & Braga, 2004).

Após o nascimento, o bebê a termo é capaz de interagir com seus pais, provocando suas reações para que ambos, bebê e pais, comecem a estimularem-se mutuamente e seguirem rumos de desenvolvimento baseados nesta interação inicial. O bebê prematuro é incapaz de realizar esta sedução interativa por sua imaturidade física que é posta em prioridade para sua sobrevivência, resguardando suas energias para essa maturação (Brazelton & Cramer, 1992; Zornig & Braga, 2004).

Desta forma, ao mesmo tempo em que por sua situação, o bebê necessite de investimentos afetivos de seus pais, ele tem que se resguardar para que possa primeiramente sobreviver e depois tenha capacidade de interação.

Todos esses percalços que envolvem o recém-nascido prematuro e seu parto geram na mãe sentimentos de culpa. O bebê chega em uma espécie de limbo, entre o real e o imaginário de seus pais. Para sua mãe, o sentimento de incapacidade de manter o filho protegido, a angústia relacionada à sua sobrevivência e a percepção de que a equipe exerce mais importância no cuidado de SEU bebê são motivos de sofrimento. Algumas vezes os comportamentos do próprio pai do bebê e da equipe reforçam tais sentimentos maternos, seja por uma recriminação, seja pela imposição de um saber médico sobre o saber, ou querer, da mãe (Dias, 2004).

Por fim, pode-se afirmar que o nascimento prematuro do bebê é um desencontro desestruturador tanto para a mãe quanto para o bebê. Seja pela imaturidade interacional e física do bebê, seja pela antecipação de um bebê real que ainda não tinha morada no psiquismo parental (Mathelin, 1999).

Por que o meu bebê?

A separação

Em 2010 Rosa, Martins, Gasperi, Monticelli, Siebert e Martins escreveram o artigo “*Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação*”. Nesse artigo, os autores discutiram sobre os primeiros momentos entre mãe e bebê desde a hora da expulsão, da retirada deste de dentro de sua mãe, até a realização dos primeiros cuidados médicos.

Foi ao ler tal artigo que a ideia deste trabalho surgiu. Ao falar sobre o momento da expulsão do bebê, os autores afirmam que mesmo que a equipe dissesse às mães que o bebê estava bem, para estas, a confirmação só era real quando o próprio neném afirmava isto com seu choro. Para as mães do estudo o choro do bebê era a prova de sua vitalidade e existência, a confirmação de sua saúde, mesmo que para os bebês o choro fosse a demonstração de seu medo, desamparo e desconforto no novo ambiente (Rosa, et. al, 2010).

Após esse momento, no estudo, cada mãe e seu bebê eram entregues um ao outro e ambos procediam com atos de reconhecimento, além disso, mãe confirmava a integridade do bebê e de sua situação ao nascer. Neste momento o encontro com o bebê real chegava a seu ápice para a mãe (Rosa, et. al, 2010).

Logo depois desse contato entre a mãe e o bebê, no estudo apresentado, o recém-nascido era separado dela para que os procedimentos habituais de cuidado fossem realizados. Segundo Rosa et. al (2010) para as mães que tiveram seus bebês recolhidos no momento de reconhecimento, os sentimentos de ansiedade, medo e insegurança sentidos no parto foram novamente evocados. A fragilidade perante o saber

médico às levavam a cumprir o que lhes era pedido pela equipe, mesmo sem entender se os procedimentos eram necessários ou não.

Para aqueles pesquisadores, após a retirada do filho, o sentimento vivenciado pelas mães até ter novamente notícias de seu bebê era similar ao sentimento entre o momento da expulsão do bebê e o início de seu choro. Somente após recebê-lo novamente elas conseguiam se sentir em paz novamente (Rosa, et. al, 2010).

Foi nesse espaço de tempo, entre a expulsão do bebê, a ansiedade pelo choro e a devolução deste à mãe após os primeiros cuidados que de forma analógica pode-se pensar a situação da internação do prematuro. Esse tempo em que o bebê é retirado para ser cuidado contém um suspense, um momento de fôlegos presos e ansiedade vividos por essas mães. Nele se confirma a gestação e a vida do bebê, além disso, a sobrevivência deste após a luta vivenciada em sua chegada ao mundo.

Muitas vezes, após o parto prematuro, o bebê é retirado imediatamente de perto da mãe que pode nem chegar a vê-lo (como no caso de estar anestesiada) (Druon, 1999). Algumas vezes o médico ou enfermeiro da sala de parto chega a mostrar o bebê à mãe antes de levá-lo para o cuidado urgente necessário para aquele recém-nascido (Braga & Morsch, 2003; Moreira & Bomfim, 2003).

Desta forma, pode-se pensar que a mãe do prematuro tem um salto entre a expulsão do bebê e a retirada para os cuidados necessários, sem que haja o reconhecimento da díade ou até mesmo o choro do bebê.

Assim, a internação quase imediata do bebê prematuro poderia ser comparada como um tempo em suspenso, no qual a confirmação da vida só irá chegar quando este de fato nascer, ou seja, quando este bebê puder sair da UTI para partir para os braços da mãe.

O tempo na UTI

Ao entrar pela primeira vez em uma UTIN, eu e minhas colegas estagiárias fomos informadas por diferentes pessoas que aquele ambiente poderia ser chocante. Logo, quando pisamos dentro da unidade, a tensão era quase palpável no grupo. Mãos para trás, muito bem lavadas e esterilizadas e olhares atentos para as incubadoras eram as atitudes predominantes entre minhas colegas e eu. Ao nos aproximarmos de um leito, e começarmos a conversar com o bebê que ali estava, um aparelho soou um som estridente. O susto foi eminente. Eu pensei: “Meu Deus, o bebê morreu”. Algo ruim deveria estar acontecendo a algum daqueles pequeninos bebês, mas ninguém da equipe pareceu se preocupar.

(Relato pessoal da primeira experiência de estágio em uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal- UTIN).

Ao se ouvir falar de alguém que está internado em uma UTI, é comum se pensar que tal pessoa deve estar perto da morte. Ao ser retratada em filmes ou novelas, esta unidade quase sempre elucida momentos de tensão familiar, morte, ou quase morte e sofrimentos que precisam ser amenizados.

Quando os pais de bebês prematuros, ou que tiveram ao nascer a necessidade de serem cuidados intensamente, ficam sabendo que seus filhos precisam ir para a UTIN, muitas vezes o sentimento de desespero os alcança, pois esses pais podem só reconhecer essa unidade por esse estado de quase morte de seus pacientes.

De fato, o ambiente da UTIN pode ser utilizado por bebês que estão quase morrendo e por isso precisam de tratamentos intensivos. Contudo, ele também pode ser um ambiente de crescimento e amadurecimento para um que bebê, que precisa apenas de algum cuidado mais específico para poder exercer suas funções sozinho, seja monitorado e auxiliado (Moreira, Rodrigues, Braga, & Morsch, 2003).

Nos primeiros momentos de internação, diversos são os fatores que podem impedir a ida dos pais à UTIN para ver o filho. Talvez alguma dificuldade física decorrente do parto, talvez a internação da mãe. Entretanto, muitas vezes alguns pais,

em especial as mães, não têm coragem de encarar um filho que não foram capazes de manter saudável. A dor psíquica é muito grande para que possam enfrentar esse “problema”. Com receio e incapacidade psíquica de compreenderem que não são culpados pela condição do filho, muitos pais temem até mesmo ver e tocar a criança internada (Braga & Morsch, 2005; Arruda & Marcon, 2007; Gaíva & Scochi, 2005; Mathelin, 1999). “O nascimento deixa de ser o encontro de genitores e filhos para se transformar em uma sucessão de desencontros, que tem início no pós-parto, quando o recém-nascido é separado da sua mãe e imediatamente internado na UTI” (Braga & Morsch, 2005, p. 54).

Decorrente disto, quando finalmente conseguem ir até a UTIN, o encontro desses pais com o bebê real é impactante. Para muitos deles o tamanho do bebê, a quantidade de aparelho, o clima e o barulho da internação são provas da fragilidade e da eminência de morte que marcam aquele lugar (Arruda & Marcon, 2007; Brasil, 2011; Gaíva & Scochi, 2005; Moreira, et. al, 2003).

Normalmente a primeira visita ao bebê tem uma duração muito curta, principalmente se este não estiver em uma situação visualmente tolerável (Gaíva & Scochi, 2005). Este bebê internado, provavelmente, não corresponde com o bebê imaginado pelos pais durante a gestação, pois estes que não tiveram, muitas vezes, o tempo necessário para entrar em contato com a possibilidade do bebê real, já que é durante os últimos meses de gestação que o bebê toma forma não só fisicamente, mas na mente de seus pais (Aragão, 2004; Mathelin, 1999).

Ao ver o bebê de forma tão chocante e angustiante, alguns pais chegam a atribuir àquela situação um sentido de irrealidade, desejando que de uma forma

inexplicável, seu bebê surja saudável e forte, como se sua situação fosse um engano, ou transformada imediatamente por um milagre (Braga & Morsch, 2003).

Esta reação é uma forma de negação quanto à situação real do bebê. Ela se dá pela antecipação deste em um período anterior àquele da gestação no qual os pais começariam a entrar em contato com o bebê real e então poderiam começar a transformar suas idealizações sobre o bebê, como dito anteriormente.

Sobre esta negação, Simonetti (2004) baseado em Kübler-Ross (1989) fala que frente à crises os seres humanos se dispõem de formas peculiares, mas com bases semelhantes para lidar com elas. Esta negação vivenciada por tais pais, desejando-se transformações imediatas e milagrosas é a primeira forma de se lidar com a situação de crise apresentada, justamente pela falta de condições psicológicas para elaborar todo aquele acontecimento, tão contrário às expectativas. A notícia de um filho que esta longe do imaginado é arrebatadora e necessita de tempo para ser assimilada, para que a partir daí, eles possam tomar novas atitudes para com o bebê.

Com o passar do tempo, esses pais começam a se acostumar com esta realidade perturbadora, mas ainda assim, o sentimento de fracasso, por ter trazido ao mundo uma criança dependente de cuidados médicos, e ao ver deles muito frágil, são fatores que dificultam a relação afetiva entre os pais e a criança, chegando a haver o questionamento de se vale mesmo a pena investir em uma criança que pode morrer a qualquer momento (Mathelin, 1999).

Para Braga e Morsch (2003), os primeiros dias de internação são caracterizados pela espera dos pais de movimentos e expressões do bebê, como forma de reconhecimento do filho para com os pais e como confirmação da paternidade destes. Alguns pais caracterizam essa espera como um tempo que não passa, de tensão. Para o

bebê prematuro, esses primeiros dias são momentos de auto regulação. O bebê volta-se para si como forma de concentrar suas energias, o que pode frustrar esses pais na necessidade de interações desse bebê.

Para adaptar-se à nova situação, o recém-nascido sabiamente concentra toda energia para sua autorregulação, frustrando aqueles que esperam dele sinais e/ou respostas às suas tentativas de comunicação. Voltando para dentro de si, o bebê faz sua parte no processo terapêutico (Braga & Morsch, 2003, p. 55).

Nesse processo, muitas vezes a forma de se aproximar para o bebê é recorrer à manutenção de sua situação clínica. Agman, Druon, & Frichet (1984) caracterizam essa atitude como uma “preocupação médico-primária”. Impossibilitados de exercer a “preocupação materno-primária” de Winnicott, reconhecendo e atendendo as necessidades do filho, tais pais buscam, ao compreender a situação clínica, de certa forma, compreender também as necessidades do bebê. Contudo, nessa compreensão, alguns pais voltam-se somente para o cuidado clínico dado ao bebê, tornando essa atenção médica absoluta. Nesse caso, é comum que os pais passem a agir de forma mecânica, assim como muitos membros da equipe, e não consigam ver o bebê em sua integralidade e em suas necessidades de afeto (Braga & Morsch, 2003).

Essa inversão decorrente da internação não reflete apenas um afastamento do cuidado de maternagem do bebê, pois o ato de preocupar-se com seu estado clínico também promove aproximação da tríade. Contudo, os pais devem entender que para além da preocupação médica, é necessário ao bebê ser cuidado integralmente, tanto em suas necessidades físicas, como afetivas.

(...) Além de ser prematura ou com dificuldades clínicas, ali esta uma criança no início de seu desenvolvimento, necessitando, sobretudo, de que seus pais se

lembrem do que sempre desejaram para ela. Portanto, pode-se pensar que os primeiros momentos na UTI caracterizam-se por uma espécie de curto-circuito nas interações da tríade pai-mãe-bebê, geradas principalmente pelo estranhamento que essa situação provoca nos pais e pela dificuldade do bebê em interagir de maneira evidente (Braga & Morsch, 2003, p. 53).

Mathelin (1999) indaga: “Como sentir-se mãe desse bebê que não dá sinal, que não mama no seio, que não olha, que não sendo em momento algum tranquilizante, não fabrica mãe?” (p. 67). Se este bebê tivesse nascido à termo, provavelmente ele estaria junto de sua mãe nos primeiros momentos de sua vida. Esta seria capaz de perceber suas necessidades e de materná-lo da melhor forma possível, exercendo a preocupação materna primária, o holding, o handling e apresentando o mundo à esta criança. Mas ela não pode. Nem o bebê, nem a mãe são capazes de seduzir um ao outro para que haja esse investimento afetivo e a dedicação necessária para que o afeto lhe seja dirigido (Winnicott, 2001; Mathelin, 1999).

Nesse ponto a equipe tem um papel crucial. Muitas vezes os membros da equipe podem agir de forma recriminadora diante das atitudes parentais frente à internação do bebê. Segundo Dias (2004) a equipe pode chegar a agir de forma depreciativa perante a mãe e seu parto prematuro, contudo, segundo Gaíva e Scochi (2005) a mesma equipe pode oferecer o acolhimento e o auxílio necessários para que os pais não só compreendam a situação do bebê, como também possam lhes orientar quanto a sua importância dentro da UTI.

Para Braga e Morsch (2003) os pais muitas vezes ocupam o papel secundário na recuperação do filho em detrimento dos cuidados médicos, tomados como principais. Cabe à equipe permitir a participação desses pais nos cuidados do bebê, assim como

estimular o contato, o toque e a presença parental na UTI. Os pais podem participar nos momentos de alimentação, bem como auxiliando em procedimentos. Agindo desta forma, além de aumentarem a proximidade com o bebê e com a própria equipe, os pais desenvolvem a probabilidade de cuidarem do bebê de forma mais confiante após a sua alta (Gaíva & Scochi, 2005).

Além do incentivo à participação dos pais na UTIN, a equipe também pode proporcionar momentos de orientação que através das informações passem segurança e direção aos pais e grupos de apoio onde estes possam expressar a situação que vivem além de terem a oportunidade de estabelecer contatos com outros pais e mães, diminuindo o sentimento de solidão, a ansiedade e a culpa ocasionados pela internação (Gaíva & Scochi, 2005; Vêras, Vieira, & Moraes, 2010).

O Método Canguru é também um meio de estímulo que parte da equipe para a participação dos pais na UTIN. Ele se caracteriza dentre essas opções como uma prática que mais favorece o contato físico entre os pais e o bebê além de estimular a vinculação parental (Brasil, 2011).

Segundo o Manual Técnico do Método Canguru (Brasil, 2011), o Método Canguru foi iniciado na Colômbia em 1979 como uma proposta de cuidados com o recém-nascido prematuro que trouxesse redução dos custos de assistência perinatal e promovesse “(...) através do contato pele-a-pele precoce entre mãe e seu bebê, maior vínculo afetivo, maior estabilidade térmica e melhor desenvolvimento” (p.13) e, além disso, o estímulo precoce à sucção ao seio materno, facilitando a amamentação.

No Brasil o método é realizado em três etapas. A primeira inicia-se antes do parto com a detecção dos bebês de alto risco. Nesse momento há o acolhimento e a orientação sobre o bebê, a gestante e os procedimentos possíveis após o nascimento do

bebê. Após o nascimento e internação do bebê na UTIN ou na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencional (UCINCo) a família continua a ser incentivada à cuidar do bebê e a mãe é incentivada na amamentação e ordenha enquanto o bebê não é capaz de sugar. Assim que possível o contato pele-a-pele é iniciado entre a mãe e o bebê. Para tanto, é necessário que este esteja em condições clinicamente viáveis, tenha aumento de peso progressivo e disponibilidade, segurança e desejo parental, em especial materno, pela lactação, em participar da técnica. A posição canguru consiste em ter o bebê colocado contra o tórax do cuidador, mãe ou pai, firmado a este por faixas que além de o manterem aquecido e unido ao cuidador facilitam a amamentação, o vínculo e a manutenção térmica do bebê (Brasil, 2011).

A segunda etapa do método inicia-se com a ida de mãe e bebê à UCINCa e que será explicada de melhor forma posteriormente. Por fim, após a alta hospitalar a terceira etapa do método ocorre, com o acompanhamento médico do recém-nascido (Entringer, 2012).

Enfim, sós...ou quase...

“A mãe e seu bebê não estarão jamais sós. Há o bebê vizinho, o pessoal que passa e se ocupa das suas atividades, em suma, ela não pode se envolver completamente com seu bebê. Precisarás esperar o retorno para casa, onde, no melhor dos casos elas poderão, como nos dizem algumas mães, pensar que pariram no dia da saída do Boulevard Brune³”.

(Agman, Druon & Frichet, 1984, p.27)

Após a saída da UTIN o bebê pode receber alta hospitalar ou ser direcionado a uma espécie de Alojamento Conjunto mãe-bebê (Brasil, 2010).

O Alojamento Conjunto é um

(...) sistema hospitalar em que o recém-nascido, sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, num mesmo ambiente até a alta hospitalar. Tal sistema possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, bem como a orientação à mãe sobre a saúde do binômio mãe e filho (Brasil, 1993, p.5).

Como o recém-nascido prematuro não teve ao nascer as condições clínicas necessárias para a realização do Alojamento Conjunto, sua alternativa inicial foi seguir para a UTIN. Como dito anteriormente, na UTIN, de acordo com as condições da mãe e do bebê, é possível que seja iniciado o Método Canguru, como meio de melhora clínica do bebê e da vinculação do binômio.

Essa espécie de Alojamento Conjunto que o bebê pode seguir após a internação é uma continuação do Método Canguru iniciado na UTIN, constituindo sua segunda etapa. Esta unidade é chamada de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais

³ Local onde fica localizado o Centre de Guidance Infantile, um centro médico psicossocial para atendimento específico da infância em Paris (Agman, Druon & Frichet, 1984).

Canguru (UCINCa) e a depender do hospital em que é realizada, pode ter variações em sua denominação e funcionamento (Entringer, 2012).

Sua infraestrutura deve estar preparada para acolher a mãe e o filho não só para a realização da posição canguru, que deve ser feita de maneira contínua, mas também para o repouso e a permanência destes no local até a alta hospitalar (Brasil, 2007; Brasil, 2012). Além disso, as UCINCas devem possuir o suporte de uma equipe de saúde treinada que além de oferecer os cuidados assistenciais necessários ao bebê deve também orientar a mãe sobre a saúde e o cuidado do filho (Brasil, 2012).

Para ingressar nesta unidade, é necessário que o bebê prematuro

(...) apresente estabilidade clínica, nutrição enteral plena (seio, copo ou sonda nasogástrica), peso mínimo de 1250g, ganho de peso diário maior que 15g e estar respirando em ar ambiente sem ter apresentado apneias que tenham necessitado de oxigênio e pressão positiva nos últimos cinco dias (Entringer, 2012, p.25).

Além das condições do bebê, segundo a Portaria 1.683 de 12 de Julho de 2007 do Ministério da Saúde para permanecer em uma UCINCa, a mãe deve desejar participar da internação, ter tempo disponível e rede social de apoio além de ter a capacidade de reconhecer os sinais emitidos pelo bebê em situações de risco e de manejar e cuidar habilmente dele realizando, em todas as oportunidades, a posição canguru (Brasil, 2007).

Quando essas condições são alcançadas, mãe e bebê podem, finalmente seguir para a UCINCa. Ao chegar lá essa dupla se depara com uma nova realidade: no quarto, outras mães e bebês estão presentes, cada um ao lado de seu par. As atividades e horas

do dia se dividem pela rotina de visitas da equipe médica, que em todo momento adentra o quarto para verificar tanto mães quanto bebês.

Nas primeiras experiências de cuidado e de responsabilidade passadas à mãe, muitas se sentem inseguras e ansiosas. Esse comportamento pode ser uma continuidade do sentimento de poder de cuidado secundário vivenciado na UTI e também uma forte influência da preocupação médico-primária vivenciada naqueles dias e que neste momento precisa dar lugar a um outro tipo de preocupação e cuidado desta mãe, muito mais próximo, afetivo e perceptivo com o bebê (Agman, Druon & Frignet, 1984; Braga & Morsch, 2003; Eleutério, Rolim, Campos, Frota, & Oliveira, 2008).

Além da vitória conquistada sobre a UTIN, na UCINCa algumas outras situações aproximam tanto mães quanto bebês da rotina desejada normalmente nesta relação. A mãe passa a ser a responsável pelos cuidados básicos do filho e com isso lhe oferece a vantagem de correr menos riscos de infecções já que muitas delas são causadas pela assistência da equipe. Também é possível que a relação próxima entre a mãe e o bebê na UCINCa gere nesta mãe mais confiança no cuidado de seu filho e aumente sua segurança nos cuidados posteriores à alta (Gaíva & Scochi, 2005; Entringer, 2012).

Mesmo com estas vantagens e com a continuação da posição canguru que favorece o desenvolvimento do bebê, algumas condições vivenciadas na UCINCa desagradam a maioria das mães.

No ano de 2010, aproximadamente, o Ministério da Saúde realizou uma análise sobre a condição e prática do Método Canguru até o ano de 2009. Nesta análise algumas mães foram entrevistadas e perguntadas sobre suas percepções acerca deste método. Tais mães demonstraram-se satisfeitas com a UCINCa por esta permitir que o binômio mãe-

bebê estivesse mais próximo e o recém-nascido pudesse se desenvolver mais rapidamente. Contudo a falta de atividades a serem realizadas na unidade durante a internação e as dificuldades na relação com a equipe responsável pela realização do Método Canguru foram os principais motivos de reclamação materna (Brasil, n.d.).

Com o passar do tempo e com o estímulo e auxílio da equipe, a mãe pode gradualmente adquirir confiança nos cuidados. Com isso, outros motivos de insatisfação ou descontentamento começam a lhe atingir. Se ela já é capaz de cuidar de seu filho e este já se alimenta com facilidade, por que eles ainda estão no hospital?

Neste caso, a equipe deve estar qualificada para explicar o objetivo do alojamento e atender a demanda e necessidade materna, já que a informação e o acolhimento agem como fatores tranquilizantes não só na UTIN como nas demais etapas de internação no hospital (Arruda & Marcon, 2007; Gaíva & Scochi, 2005).

Além da insatisfação com a impossibilidade de voltar para casa, a falta de privacidade e de atividades que as auxiliem a passar o tempo e matar a saudades são fatores que pioram e alongam os dias na UCINCa. Mesmo que à essa mãe seja garantida a possibilidade de afastar-se da unidade quando houver necessidade, esse afastamento e antes, a própria internação, não são momentos fáceis, pois mesmo que esta escolha ficar com o filho na UCINCa, o afastamento do cotidiano familiar, de seu cônjuge e dos outros filhos, quando existentes, são causadores de angústia para estas. Assim como ocorreria caso ela escolhesse usufruir de seus direitos e fosse para casa, pois ao deixar a unidade (sem o bebê, pois este só poderia sair do hospital quando alcançasse determinadas condições), a divisão entre o filho que ficaria e sua família e casa manteria suas angústias (Caetano, Scochi, & Angelo, 2005; Eleutério et. al, 2008).

Logo, essas mães devem aguardar que a equipe às considerem seguras, motivadas, orientadas e conscientes quanto aos cuidados com os bebês, realizando pelo maior tempo possível a posição canguru. Além disso, seus bebês devem alcançar pelo menos 1600g, ter ganho de peso adequado nos últimos três dias e serem alimentados exclusivamente no seio materno, ou em exceções, recebam de forma adequada a complementação (Brasil, 2007).

Como foi apresentado, é possível notar que mesmo estando junto com o bebê e mesmo que este apresente certa estabilidade, para as mães o tempo de alojamento conjunto parece se estender. Também é perceptível que por mais que grande parte do cuidado do bebê esteja sob a responsabilidade da mãe, as principais decisões sobre a vida de ambos, as condutas e permanência, ou não, no hospital são determinadas pela equipe médica.

Nesta perspectiva, a relação mãe bebê continua, mesmo que em menor medida, sendo intermediada por uma equipe que é responsável por constatar às mães se elas estão ou não aptas a serem de fato mães de seus bebês.

No tópico anterior foi feita uma analogia sobre o período de internação e o momento do parto, considerando que para as mães de bebês prematuros o período de internação seria comparável ao momento em que o bebê lhe é retirado para o seguimento dos procedimentos habituais após o nascimento. No caso do parto, e especificamente, no caso da pesquisa utilizada como base, esse período constituía-se como um momento de tensão, ansiedade e angústia que só eram superados quando o bebê retornava aos braços e cuidados da mãe.

Estando atentos a isto, podemos inferir, que segundo esta analogia, para as mães que passam pela experiência de UCINCa, o bebê, por mais próximo que possa

estar, ainda não pode ser seu. Pois este só voltará, de fato, à sua responsabilidade, cuidado e decisão, ao voltar para a rotina esperada da mãe durante a gestação, aos cuidados familiares.

Agman, Druon e Frichet (1984) possuem uma afirmação que se relaciona a esta última ideia: “[A mãe] precisará esperar o retorno para casa, onde, no melhor dos casos, elas poderão, como nos dizem algumas mães, pensar que pariram no da de saída de Boulevard Brune” (p. 27).

Desta forma, concluo a primeira parte deste trabalho com esta ideia de nascimento, que pode ser vivenciado por estas mães quando elas finalmente encontram-se responsáveis por seus bebês.

Como foi Feito: Metodologia

Segundo Minayo (2002), a pesquisa qualitativa:

(...) trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (p. 21-21).

Seguindo tal conceitualização, esta pesquisa, por ter se proposto a estudar a vinculação de uma mãe e seu bebê após a internação dele, tratou de argumentar tal tema a partir dos relatos, significados, processos e fenômenos apresentados por esta mãe e que não são atingíveis através de metodologias quantitativas de investigação (Minayo, 2002).

Deslandes (2002) ainda argumenta que esse tipo de pesquisa não é baseado em critérios numéricos de amostragem para ter sua representatividade, mas na vinculação significativa para a pesquisa dos indivíduos sociais com o tema, permitindo a abrangência da totalidade do problema a ser investigado.

Para a realização da pesquisa foram feitos dois momentos de entrevistas semiestruturadas (Anexo 1). Nesta pesquisa, as entrevistas foram concebidas como conversas com um indivíduo com um propósito definido, reforçando a importância da linguagem e da significação da fala e permitindo a coleta de informações para o alcance dos objetivos relativos ao tema (Neto, 2002).

Como sujeito da pesquisa, foi escolhida uma mãe que esteve recentemente internada com seu filho em decorrência de sua prematuridade. Foram realizados dois momentos de entrevista. Na primeira entrevista, em razão de a mãe estar em seu

primeiro dia de internação conjunta no alojamento conjunto, a experiência vivida com o filho e relacionada a este tipo de internação não pode ser alcançada. Logo, após uma semana e meia de internação conjunta a mãe foi entrevistada novamente.

A pesquisa foi realizada da seguinte forma: a mãe que preenchia os requisitos necessários da pesquisa (ter filho prematuro que passou por internação) foi contatada e mostrou interesse em participar da entrevista que foi marcada para o dia seguinte em um local de conveniência para a mãe em questão. No dia da entrevista foi explicado à mãe o objetivo da pesquisa e seus procedimentos assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 2) foi lido, explicado e por fim assinado pela mãe e pelas pesquisadoras como prova de seu consentimento na realização da pesquisa e também de seus direitos como participante voluntária.

No TCLE a participante teve conhecimento dos principais objetivos da pesquisa, a importância e a forma de participação (voluntária), a ausência de prejuízos biológicos e financeiros e a possibilidade de retirar-se da pesquisa a qualquer momento sem prejuízo nenhum.

Por não promover mudanças no indivíduo ou em seu meio, e por ser uma pesquisa baseada somente nos relatos e práticas já realizadas no ambiente pesquisado, os riscos envolvidos na pesquisa foram muito baixos. Contudo, a participante foi orientada a responder somente o que desejou, evitando qualquer dano a esta, mesmo que morais.

Após o momento de introdução da pesquisa foi iniciada a entrevista que, com o consentimento da mãe, foi gravada pela pesquisadora assistente. Depois da entrevista os dados foram transcritos e todas as informações que poderiam identificar a participante assim como seus familiares e locais de frequência ou foram omitidas ou mudadas para

nomes fictícios. Assim, durante a análise dos dados todas as pessoas e locais citados durante a entrevista foram colocados sob nomes fictícios.

Segundo Minayo (1992 citado por Gomes, 1994) a análise dos dados é necessária para que estes sejam compreendidos, respondendo, ou não, às questões da pesquisa; amplie os conhecimentos sobre o tema estudado e possa oferecer a oportunidade de articulação dos dados obtidos com o contexto cultural no qual se inserem.

Como durante a fundamentação teórica foi explicitado o processo de vinculação entre mãe e bebê e as barreiras que poderiam ser criadas pela prematuridade e internação do bebê nessa vinculação, os dados foram categorizados de forma a corresponder com os períodos organizados como pertencentes à vinculação e à gestação de um bebê, assim como as fases de internação deste. Logo, as categorias estabelecidas como organizadoras dos temas emergentes das entrevistas e relacionáveis à gestação organizaram-se da seguinte forma: (a) o desejo de ser mãe; (b) as gravidezes de Sofia⁴; (c) a internação e (d) o Alojamento Conjunto.

Para a análise dos dados foram utilizadas técnicas da análise de conteúdo demonstradas por Gomes (1994). No período de pré-análise a entrevista foi dividida em categorias de acordo com seus trechos significativos e suas relações com os temas estudados (a vinculação, a gestação e a internação do prematuro). A partir dessas categorias foram extraídas falas de importante relação com a vinculação entre mãe e bebê à luz do referencial teórico para que os conteúdos subjacentes àqueles manifestos fossem extraídos dos relatos da mãe.

⁴ Nome fictício da mãe.

Como um modo mais atrativo de apresentar os dados, a entrevista foi transformada em um conto, respeitando os relatos e as categorias organizadas. Após a apresentação do conto, as relações com a teoria foram realizadas, assim como as conclusões decorrentes da pesquisa.

A História: apresentação e análise das entrevistas

-SOFIA E DAVI-

Desde o início da vida as pessoas são marcadas pelas palavras e pelo cuidado que os outros lhe dão. Nossa história é sobre o início da vida de Davi, mas para falar dele, é necessário que falemos também sobre o início da vida de Sofia, sua mãe e também um pouco da vida de João, seu pai. Como quem nos contou essa história foi Sofia, pouco sabemos sobre João, mas o que sabemos pode ter feito alguma diferença para Davi e seus irmãos. E é isso que veremos a seguir...

Quando criança, Sofia começou a vida sendo criada por sua mãe. Esta era sozinha e talvez em decorrência disso, quando Sofia tinha três anos de idade, seus avós a pegaram para criar. Com eles teve uma vida muito boa, estudando em colégios bons e tendo tudo o que gostaria de ter. Ela tinha três irmãos. Não é possível saber se eles também foram criados por seus avós, mas sabe-se que Sofia convivia com pelo menos com um de seus irmãos.

Quando eram crianças, Sofia e sua irmã brincavam de boneca como a maioria das meninas de sua infância. Para sua irmã, ter um filho era um grande sonho, ela não via a hora de ser mãe, diferentemente de Sofia, que não expressava esse desejo.

Ela não imaginava quando teria filhos, ou quantos seriam, sabia que um dia iria tê-los, pois um dia todo mundo teria filhos, mas seria somente quando Deus quisesse. Contudo, planejá-los não era uma de suas prioridades. Para ela um medo existia: o de vivenciar a maternidade como sua mãe. Ela não gostava da ideia de ter filhos para serem cuidados por outros, assim como havia acontecido com ela.

Na verdade não era só isso que incomodava Sofia em relação à mãe, pois tudo com ela era complicado e difícil, e o fato de não gostar de suas atitudes a fazia temer justamente a possibilidade de ser igual a ela.

O que sabemos sobre João é que sua história apresentava semelhanças e diferenças, ao mesmo tempo. Ele também não expressava o desejo de ter filhos, mas sabia que um dia poderia tê-los. Apesar disso, pelo que sabemos, esse sentimento nada tinha a ver com ter sido criado por avós ou só por um dos pais. João e seus irmãos, segundo Sofia, tiveram uma criação muito boa, realizada tanto pelo pai quanto pela mãe, juntos.

Então um dia os dois se conheceram. Sofia disse que foi amor à primeira vista e que depois que conheceu João, sabia que iria casar com ele. Como já sabemos, eles não expressavam o desejo de ter filhos, mas sabiam que quando Deus quisesse, eles viriam.

Quando a irmã de Sofia casou e teve filhos, a possibilidade de também tê-los ficou mais distante. Para ela, esses acontecimentos a haviam “deixado pra titia”, mesmo sua irmã sendo mais velha e ela mal ter chegado aos 18. Mas algumas situações da vida tentariam lhe provar o contrário. Quando Sofia e João namoravam, ela teve sua primeira gravidez, que infelizmente não chegou até o fim, pois no sexto mês houve um aborto espontâneo e que, segundo os médicos, a impossibilitaria de ter outros filhos sem o tratamento adequado e prévio.

Com essa notícia, Sofia teve certeza de que não iria mais ser mãe. Mas como foi dito, a vida provou o contrário, porque um ano e um mês depois, mesmo sem tratamento, ela ficou grávida de Clara, sua filha mais velha. Essa gravidez foi um grande susto, não havia expectativas sobre ela, Sofia havia acabado de completar 18

anos e ela e João ainda namoravam. Além disso, a relação com sua sogra não era das melhores. Segundo Sofia, a sogra preferia ver “o Bicho” a ela, então até o sétimo mês, Clara foi um segredo, pelo menos para a sogra.

No início dessa gestação, Deus falava à Sofia que Clara viria para unir as famílias. Aliás, é importante sabermos que para Sofia, Deus sempre foi muito importante e em muitos momentos veremos como Ele falou com ela e como para Sofia, Ele mudou muitas coisas em sua vida. O nascimento de Clara é o primeiro exemplo. Como dito, Deus informava Sofia que Clara viria para unir as famílias, mas Sofia não via a necessidade disto, já que tudo corria bem entre ela e João.

Foi no quarto mês que essa palavra começou a fazer sentido, pois nesse período ela e João se separaram. Ele tinha outra namorada e Sofia sofreu, não só pela separação, mas por muitos outros fantasmas que começaram a visitá-la. Ela chorava dia e noite pela separação, mas também pelo receio de ser como sua mãe. Sua irmã, que tanto desejava ter filhos, que tanto sonhava com isso, também havia se separado e voltado para a casa de sua mãe com seus dois filhos. Ela não queria isso, não queria ser solteira como sua mãe e como seus tios, não queria criar um filho sozinha. Uma figura paterna era muito importante, uma boa relação com a mãe também, e ela não queria que sua relação com o bebê fosse como sua relação com a própria mãe.

Nesse período, o sofrimento também foi sentido por Clara, pois Sofia tivera inícios de aborto três vezes. “*Passava mais tempo no hospital do que em casa*”, ela afirmava. Sua mãe, que pouco havia lhe dado cuidados, também não amenizava o sofrimento, pois vivia afirmando que ela não iria conseguir ter João outra vez.

Mesmo passando por adversidades, Sofia contou que essa gravidez foi a melhor que teve. Ela amava sua barriga e sempre conversava com a filha dizendo que tudo

aquilo iria passar, que elas iriam vencer e que Clara não passaria pelo o que ela passou. Ela sempre pensava positivo e não considerava como opção criar Clara sozinha. Não, ela criaria sua filha com João e sonhava com seu rostinho e seu corpo, que seria como o dele.

Quando Sofia chegou ao sétimo mês de gravidez, a promessa que havia recebido de Deus começou a se concretizar. Nesse período, Clara estava nascendo e nesta época também dona Ana, a sogra, descobriu a gestação. Dona Ana, que preferia ver o Bicho a Sofia, foi quem cuidou dela e de Clara. Quando elas estavam no hospital dona Ana providenciou TUDO o que elas precisariam. O enxoval do bebê, o chá de fralda, *“tudo do bom e do melhor”*.

Mesmo com essa surpresa, as famílias ainda não estavam juntas e, como Deus havia dito, Clara viria para uni-las. Enquanto estava grávida, Sofia recebeu outra promessa de Deus: *“Muitos irmãos da igreja falavam, Deus usava pra falar, e falavam que no dia em que ela colocasse os olhos nessa terra, eu ia ver a luz de Deus na minha vida”*. E para ela foi assim, pois quatro horas após o nascimento de Clara, João veio visitá-las e eles reataram o relacionamento.

Quando saíram do hospital, Sofia e Clara foram direto para a casa de Dona Ana, que cuidou delas da melhor forma possível, ensinado e ajudando Sofia a cuidar de Clara. Três meses depois ela e João estavam casados e as famílias, unidas.

Vitor foi o segundo filho de Sofia e João, mas a história dele não será contada aqui. Assim como Clara, ele foi prematuro por conta de uma infecção urinária aumentada na gravidez, mas não ficou muito tempo no hospital. Depois de terem dois filhos, Sofia e João haviam decidido não terem mais nenhum bebê. A possibilidade de uma vasectomia foi pensada, mas como eles eram muito jovens, Sofia tinha receio de

que essa poderia ser uma forma de João ter outros relacionamentos e ela não ficar sabendo.

Enquanto pensavam nas formas de não terem mais filhos, Sofia teve uma crise de gastrite, o que a levou a suspender o anticoncepcional por duas semanas. Mesmo achando que estava sendo precavida, quando chegou a época de sua menstruação, descobriu que o cuidado não havia sido o suficiente: ela estava grávida.

Foi um grande choque para todos. Dona Ana, que sabia os motivos de Sofia ter impedido o marido de fazer a vasectomia ficou com raiva e lhe disse: *“tá vendo, eu falei pra você deixar ele fazer a cirurgia, você não deixou...”*. Mas Sofia acreditava que se ela havia ficado grávida, era porque Deus havia desejado, pois para ela Deus sabia o que estava fazendo.

Contudo, ela não sabia o que fazer. Muitos planos como voltar aos estudos e tirar carteira de motorista tiveram que ser adiados. Os filhos já estavam grandes, o marido poderia tomar algumas responsabilidades que eram suas e, aliás, além deles, e principalmente dela, ninguém mais poderia tomar conta de seus filhos. Como ela iria fazer? A casa era ideal para quatro pessoas, mas não pra cinco. Ela não conseguia imaginar o bebê, planejar o enxoval, sonhar com ele, não conseguia nada. Se ela tivesse dois macacões, seria o bastante.

Até o quarto mês de gestação ela não tinha forças para sair da cama. As únicas coisas que conseguia fazer eram chorar e dormir. Todo o resto a enjoava: a comida, a roupa, os filhos, o marido, a vida. Ela temia que o filho nascesse e ela não pudesse amá-lo, que ela não tivesse forças para ser a mãe dele.

Ainda assim, pedia a Deus para mudar seu sentimento. Ela sabia que quando o neném nascesse ela iria se arrepender por ter agido assim, mas era algo incontrollável.

Por mais que ela pedisse a Deus para não se sentir daquela forma, ela sentia! Não era ódio ou raiva do bebê, era apenas uma indiferença. Como se ele não existisse, não só no sentimento, mas também fisicamente. Sofia mal lembrava que estava grávida. Somente quando a barriga topava em algo, o bebê se fazia presente.

Mesmo sem ter sonhado com o bebê, Sofia tinha algumas expectativas sobre a criança. Para ela, seria melhor que fosse menina, pois sendo assim, ela poderia, pelo menos, enfeitá-la com xuxinhas e roupinhas rosa. Ela também achava que diferentemente dos outros irmãos, esse bebê ficaria os nove meses em sua barriga. Nas outras gestações ela sentia dores, como no primeiro aborto, e isso a fazia imaginar e esperar que os bebês fossem prematuros, desta forma, os nascimentos antecipados de Clara e Vitor não foram susto para ela. Já este bebê não doía, mexia pouco, era calmo, ela não sofria como na gestação de Clara, logo ele não tinha motivos pra nascer antes do tempo.

Contudo, nenhuma das duas expectativas se cumpriu. Com 24 semanas, ela descobriu que o bebê era menino, e isso a deixou mais decepcionada ainda:

“Por mais que eu não quisesse, eu queria uma menina, porque menina faz xuxinha, penteia o cabelo, tudo rosa, né? Mas eu falava: “Senhor, esta nas tuas mãos, o que for da tua vontade, vai ser”!”. E Deus me deu mais um homem. E eu não imaginava nada. Não sonhava com roupa, com enxoval, com nada. Não tinha sonho”.

Ela permaneceu desligada do bebê até o quinto mês, quando por algum motivo que infelizmente não poderemos conhecer, pois não foi relatado por Sofia, ela começou a aproveitar a gestação. Em dois meses ela recuperou os quatro quilos que havia perdido e nesses dois meses o bebê quebrou a segunda expectativa de sua mãe. Com 28 semanas

Sofia começou a sentir as dores familiares. Ela acreditava que iria receber medicamentos para segurar o bebê, como havia acontecido com Clara e ela de fato os recebeu, mas no outro dia Davi decidiu nascer.

“E eu ainda pensava que eu ia conseguir segurar, mesmo sentindo dor. Eu falava: “ah, eles vão trocar meu remédio, porque esse aqui tá fraco” (risos). E não consegui. 09:30 da manhã começaram as contrações, 13:42 da tarde, eu acho, ele nasceu”.

Quando Davi nasceu, Sofia ainda estava desligada dele. Viu o bebê nas mãos do médico, que o levou imediatamente para os cuidados urgentes no Centro Obstétrico. Ela acreditava que ele seria cuidado e pouco depois o levariam para vê-lo. Passado algum tempo, a médica informou-lhe que quando pudesse levantar, poderia ver o filho que estava na UTIN. Ela ainda estava desnorteada pelo parto e acreditava que o bebê só receberia um pouco de oxigênio e depois iria embora, assim como os irmãos.

Então, após olhar rapidamente o bebê ela foi para o quarto. Lá a pediatra lhe informou sobre Davi. Ele era um prematuro extremo e tinha baixo peso. Juntamente com as informações, a pediatra fez duas perguntas: *“Ele foi planejado?”* Sofia respondeu: *“Não”*. *“E desejado?”*. Desejado... A médica perguntou se ele havia sido desejado. Sofia respondeu: *“sim, né, depois que a gente tá grávida...”*. Ao contar isso Sofia disse:

Só que eu menti né? Porque ele não foi desejado. Mas eu fiquei com medo deles assim, deles não cuidarem dele por que eu não tinha desejado. Na hora eu pensei nisso: “eles não vão cuidar porque não foi desejado, então tanto faz como tanto fez perder [para eles, a equipe]. Só que nenhuma perda é boa. Nenhuma perda a gente gosta. Ai eu falei pra ela que tinha sido e ela: “Tá””.

Como ainda sentia muitas dores, Sofia só voltou a ver Davi à noite. Foi nesse momento que ela, de fato, VIU Davi.

“Sabe quando eu fui sentir que... Sentir algo, sentir medo, sentir medo de perder, foi quando eu vi ele na incubadora, com cateter no umbigo, no CPAP, todo magrinho, eu contava as costelas, a pele fininha. Quando eu vi ele debilitado. (...) Quando eu vim que eu vi ele com tudo isso, aí eu me assustei e me arrependi. Por não ter... sabe... “será se eu tivesse amado ele na barriga ele teria ficado até outro mês, ou até por mais tempo um pouco, na minha barriga?”.

Durante a gravidez sua cunhada lhe dizia que o filho mais rejeitado era o mais amado. Ela não acreditava nisso, para ela o sentimento sobre o bebê seria o mesmo: indiferença. Mas não foi assim e um tempo depois, confessou à cunhada que ela estava certa. Isso não significava que deixaria de amar os outros filhos, mas depois de ver o bebê, percebeu que o seu amor por Davi era um amor mais dependente. Ela sentia culpa e remorso por não tê-lo amado (acreditava que isso iria acompanhá-la pelo resto de sua vida) e sabia que aquele bebê precisava mais dela do que os outros, pelo menos naquele momento.

Nos primeiros dias de Davi na UTIN, Sofia assistiu a uma palestra feita pela psicóloga do hospital para os pais dos bebês internados. Nela, foi dito que os bebês das mães mais presentes eram os bebês que se recuperavam mais cedo. Também foi dito como era importante que a mãe falasse com o bebê, tocando-o, fazendo-se presente. Aliada à palestra, Sofia conheceu Helena. Felipe, seu bebê, também era pequenininho e estava na mesma ala que Davi. Helena raramente deixava o filho, e pouco tempo depois da chegada de Davi à UTIN, Helena e Felipe foram embora para o ALCON. Vendo essa

experiência e acreditando na palavra da psicóloga, Sofia tomou uma nova posição com o filho.

Todos os dias ela estava na UTIN. Chegava ao hospital pela manhã e só saía no final da tarde. Mesmo de resguardo, mesmo com dores, mesmo com seu marido pedindo que ficasse, Sofia não podia ficar. Ela acreditava que sua presença, sua voz e até mesmo suas lágrimas fariam Davi sair daquele lugar. Mesmo que a enfermagem e a equipe médica cuidassem de Davi, a presença dela se fazia tão importante quanto este cuidado.

“Eu pensava assim: ‘qual é o estímulo que ele vai ter pra querer ficar vivo, sendo que não tem ninguém por ele, sendo que não tem ninguém?’. Porque eu sei que ele entende. Na gravidez, na gestação eles escutam a nossa voz e sentem o que a gente sente, né? Então, qual vai ser o estímulo dele pra ter força de viver? Ter vontade de viver?’”.

E assim Sofia esteve ali. Ela sempre acreditou no poder de sua palavra e mesmo durante a gestação evitava falar que não queria o bebê, pelo contrário, pedia que Deus mudasse seu coração. E agora, crendo no poder de sua palavra, de sua presença e em Deus, ela lutava para que Davi se recuperasse. Mesmo quando ele não estava bem, mesmo quando seu quadro havia piorado, ela cria e falava que ele estava bem.

“Eu, a minha fé, pra mim Deus acima de tudo, de tudo, de toda... Acima da medicina, acima do homem, acima de tudo é Deus. E eu sei que Deus pode tudo, e a palavra tem poder. E eu creio nisso e eu sempre profetizava que meu filho ia sair daqui curado, sem nada, sem nenhuma sequela, sem nada! Da mesma forma que os outros saíram esse aqui também vai sair. É o que eu falo pra todo mundo”.

Além de falar que o filho seria curado, Sofia acreditava que a sua presença trazia proteção a Davi, que mesmo sendo cuidado, ele só era protegido quando ela estava ali, pois caso algo acontecesse, ela poderia chamar alguém, coisa que o bebê por si mesmo não conseguiria fazer. Em todo tempo ela estava de olho em sua saturação, em batimentos. E de fato, ela protegeu o filho quando este teve uma apneia e ninguém se moveu para socorrê-lo. A enfermeira estava sentada de um lado da incubadora e ela estava do outro. Quando viu que o bebê não respirava Sofia só conseguiu falar: “*enfermeira, ele tá roxo*”. A enfermeira, que estava conversando, disse que o bebê não estava roxo, mas mesmo assim ela insistiu: “*tá. Ele tá roxo*”. A enfermeira então se levantou e constatou que de fato Davi não respirava e só então chamou a equipe para socorrê-lo. Depois disso, Sofia teve certeza de que deveria estar sempre com Davi e que sua presença era importantíssima.

Quando Davi tinha aproximadamente um mês de vida, Sofia teve a oportunidade de realizar a posição canguru. Ela nunca havia pegado Davi no colo e esta era a sua primeira chance. Ter o bebê junto de si, perto do coração, sentindo a respiração foi inesquecível para Sofia. Ela sentiu que naquele momento Davi dormia de forma diferente, com ela, ele dormia de verdade. Foi muito importante poder pegar o próprio filho no colo pela primeira vez e poder senti-lo.

Durante a internação de Davi, Sofia tinha um sonho: passar pela porta da UTIN, com o bebê no colo, dando tchau pra tudo e pra todos daquele lugar. O tempo estimado de internação para Davi era equivalente ao tempo que completasse a gestação, logo, Sofia só esperava poder realizar seu sonho no dia seis de dezembro. Contudo, dia sete de novembro Davi teve alta da UTIN e ela finalmente pode sair com ele, dando tchau àquele lugar. Além de atribuir à saída antecipada à Deus, Sofia sabia que sua presença e proteção também havia feito a diferença para Davi.

Depois de sair da UTIN, Davi e Sofia foram para o Alojamento Conjunto. Ela estava muito feliz, pois estar ali significava estar na porta de casa. Na primeira noite, foi impossível dormir. E se ele passasse mal? Como saber? A todo tempo ela conferia se o bebê respirava, se estava roxo, amarelo ou azul. Na UTIN, ela podia confiar nos aparelhos que lhe eram base e suporte, mas ali, no que iria confiar?

Quando falei com Sofia a primeira vez, ela estava há um dia no ALCON. A felicidade era muito grande, mesmo não tendo dormido. Saber que o próximo passo era estar em casa a alegrava. Estar ali também representava que o bebê não corria mais risco, era a prova da vitória dos dois.

Lá, ela também provava a experiência de sentir-se de fato mãe do Davi, pois tudo quem fazia era ela: alimentar, dar banho, trocar a fralda. Como seus outros filhos haviam sido prematuros, ela não tinha medo de cuidar de Davi, já estava craque nisso.

Sofia também tinha planos para passar o tempo no ALCON. Como lá era um local extremamente monótono, ela planejava bordar as fraldas que não havia preparado para Davi. Durante a internação na UTIN era impossível colocar o pensamento em outra coisa que não o bebê. Até seus outros filhos haviam ficado em segundo plano, mesmo quando imaginava como seria quando voltasse para casa, Sofia colocava Davi como o foco principal.

E: e você acha que tá preparada pra quando voltar pra casa você cuidar dele?

S: tô! Eu creio que sim. O meu medo é por que são três. Ai eu acho que eu não vou ter tempo pra mais nada. Só pra eles. Eu já falei com meu marido: “olha... casa, roupa, isso... (riso) o bicho vai pegar por que eu vou cuidar SÓ DELE!” olha ai “dele” eu nem falo dos outros...”

Seu maior sentimento, além da alegria era a tranquilidade.

Após uma semana voltei para conversar com Sofia. A tranquilidade havia ido embora, naquele momento a angústia era maior. Angústia de estar tão perto e tão longe de casa, angústia de não ter o que fazer, angústia de não poder ver seus outros filhos todo dia.

O ALCON era ao mesmo tempo monótono e movimentado. Era impossível dormir, pois de três em três horas ela era acordada para alimentar Davi e outras vezes para lhe dar medicamentos. Durante as tardes, período em que o tempo mais rastejava, não conseguia dormir, como as outras mães. Para ela era muito sofrido viver um tempo tão ocupado e ao mesmo tempo tão longo.

Quando estava na UTIN ela sabia que não iria tão cedo para casa, e isso era, de certa forma, confortante. Mas ali era horrível! A qualquer momento ela poderia sair, mas também poderia ter que ficar mais. Certa vez, ao conversar com Alice, uma “amiga de UTIN” as duas lembravam como desejavam estar ali:

“(...) quando a gente tava lá na Neo a gente vivia falando “Ai, meu sonho é ir pro ALCON, não vejo a hora de ir pro ALCON!”. Ai eu lá reclamando: “ai Alice, quero ir embora!”. E ela: “Sofia, mas você lembra que o nosso sonho era o ALCON? ALCON, ALCON! Câ lembra? Agora você TÁ no ALCON!”. Era um alvo sabe, era uma meta! Agora você quer ultrapassar essa meta, porque a gente sabe, que eu falava “mas Alice, é por que aqui tá mais perto de casa, e quanto mais perto você tá de casa, mais ansioso você fica pra estar logo em casa!”. É bom, eu sei que é bom, é uma vitória tá aqui, mas eu quero ir embora logo! Não vejo a hora! Da minha casa! De dormir direito, sabe, eu ter contato com os meus filhos, eu acredito que se eu não tivesse os outros

meninos eu estaria mais tranquila, mas como eu já tenho os dois e meu marido, aí eu fico MAIS AGOIADA AINDA!”

A rotina do ALCON também era bastante incômoda pra Sofia. Ela sabia que ali não tinha que lavar, passar, cozinhar, cuidar de criança, mas de algum jeito tudo era cansativo. Se ao menos houvesse algo para fazer, uma atividade com o bebê, um minicurso, ou um psicólogo que fosse conversar com as mães pela tarde, como a ronda médica, que era feita pela manhã. Mas não, as únicas coisas eram a rotina médica e o tédio. Ela não aguentava a tensão de TER que amamentar e essa necessidade não era só do bebê. Ela representava a alforria dos dois. *“Quando ele entender que ele PRECISA, PRECISA daquilo ali! (risos) aí eu acho que vai ser mais rápido!”*.

Os dois já estavam bem, e mais ainda, já haviam se conectado, se “religado” há algum tempo. Davi já estava no coração de Sofia e ela já podia cuidar dele, agora só lhes restava esperar até que fossem liberados para serem mãe e filho e só.

Análise de dados

O Outro é o lugar em que se situa a cadeia do significante que comanda tudo que vai poder presentificar-se do sujeito, é o campo desse vivo onde o sujeito tem que aparecer.

(Lacan, 2008, p.200).

Durante a leitura do conto, pode-se perceber que algumas questões centrais estão profundamente relacionadas com o cuidado, o desejo e o amor de Sofia em relação aos seus filhos.

A primeira questão é a vontade de ser diferente de sua mãe. Essa premissa motiva e movimenta Sofia para que ela não seja uma mãe que odeie os filhos, não cuide,

da qual eles não possam depender. Além disso, a relação com Deus é para Sofia o pilar no qual se sustenta essa diferenciação. Deus, esse Outro fundamental, onde estão arraigados os sentidos de Sofia e sua forma de viver (Jorge & Ferreira, 2005).

Desta forma, para não ser como sua mãe, Sofia tem não só o auxílio, mas a vontade divina sobre sua vida. Assim, a vontade desse Outro, de Deus, é para Sofia a sua vontade, o seu dever.

Quando Sofia afirma que não possuía o desejo de ter filhos, ela completa dizendo que sabia que os teria como todas as pessoas os tinham, mas que seria quando Deus quisesse. Ter os filhos, cuidar deles e amá-los são as grandes marcas femininas na tradição cristã constituindo seu papel como mulher e esposa na sociedade, assim como os filhos eram constituídos pela vontade de Deus e muitas vezes considerados como presentes (Boaventura, 2006).

Como não ser também essa mulher da vontade de Deus? Como desobedecer aquele que cuida de sua vida? Como ser uma mulher incompleta? Ela não poderia. Por isso, sua relação com a maternidade é bastante relacionada à vontade de Deus.

Também podemos pensar que a vontade de Deus é uma possível forma de Sofia assumir seu próprio desejo de ter filhos. A semelhança com sua própria mãe pode tê-la feito negar esse desejo, mas a vontade de Deus era um escape que a permitia expressá-lo, frente ao seu medo de ser como a sua mãe. Logo, o que se encontrava no cerne da consciência de seu desejo em ter, ou não, filhos não era a possibilidade em si de tê-los, mas dela ser uma mãe como a sua mãe, pois ela foi uma filha de uma mãe sem amor, que afirmava que ter filhos foi sua pior experiência, odiando sua prole e a maternidade, uma mãe que não cuidava.

Freud, em *O futuro de uma ilusão* afirma Deus é a solução dos homens em sua impossibilidade de lidar com as intempéries da vida e da natureza, com os fatos que não poderiam controlar e que lhes eram devastadores, como grandes desastres ou a própria morte. Desta forma, para Freud, Deus, o Pai, é uma referência ao pai infantil, que ao mesmo tempo em que se mostra censurador e vigilante é forte e poderoso, fazendo-se protetor para com o filho. Assim, Deus é constituído como uma referência de poder, punição e censura, mas também de amor e proteção sobre os seres humanos frente a sua impotência e limitação (Freud, 1997).

Colocando as considerações sobre a criação ou a existência de Deus à parte, podemos afirmar que seu papel de proteção e de condução da humanidade é uma forma de dar sentido ao que não pode ser formulado pelos seres humanos.

Sofia em suas considerações sobre a gravidez sabia que sobre ela existia a função de ser mãe e o desejo, mesmo que inconsciente e mesmo que para cumprir seu dever com Deus, de ter filhos. Mas frente a sua própria vivência com a maternidade, para ela era insuportável crer que poderia ser mãe, como a sua mãe. Deus, nesse embate, ameniza o sofrimento de Sofia, pois poderia ser responsabilizado pela sua maternidade, sendo que a ocorrência desta representaria a obediência de Sofia no cumprimento de sua missão cristã.

E assim acontece na primeira gravidez de Sofia. Quando ela fica grávida de Clara e se separa de João, iguala-se à sua própria mãe. Essa mãe além de não cumprir seu dever de amor, cuidado, proteção é separada, indo contra a vontade de Deus para a família.

Durante a gravidez o sofrimento de Sofia é agravado, pois sua própria mãe faz questão afirmar que ela não conseguiria casar, que ela não conseguiria ter João

novamente e automaticamente que Sofia seria como ela. Era isso que Sofia tinha próximo de si na gravidez, o conflito de não querer ser uma mãe ruim e a todo tempo ouvir e pensar que poderia, sim, sê-la. Daí pode-se inferir o motivo para tantas possibilidades de aborto durante esta gestação.

Contudo, é a crença nesse Outro que sustenta a gravidez de Sofia, pois se foi pela vontade Dele que ela estava grávida e que também a família fosse completa, ela poderia crer que não seria mãe solteira e que não seria como sua mãe. A presença desse Outro é bastante reforçada pelos irmãos da igreja que lhe traziam promessas. Promessas essas, que afastavam de Sofia o fantasma e as palavras de sua mãe e a permitiam crer que ela seria uma boa mãe, que ela cumpriria a vontade de Deus e que sua filha não viveria o que ela viveu, permitindo assim, que a própria filha sobrevivesse.

Quando os dois primeiros filhos nascem, pode-se perceber o movimento de Sofia para a retomada de sua própria vida. Ela já havia conseguido ser diferente. Ela era a única que podia cuidar de seus filhos, ela também cuidava de seu marido, logo, sua família e sua função de mulher estavam completas. Dessa forma, podemos ver que Sofia permitiu-se voltar a investir em si mesma, em sua própria vida, voltando aos estudos, tirando a carteira de habilitação, seguindo em frente.

Contudo, ao mesmo tempo em que Sofia e João decidiam não ter mais filhos, Sofia não permite que João faça a vasectomia, tornando-se estéril, e fica grávida novamente. Nesse período podemos perceber que pesa novamente sobre Sofia o sofrimento, contudo aqui, ele se dá por motivos um pouco diferentes.

Além de ter sido condenada por sua sogra como culpada pelo terceiro filho, vemos que essa nova gravidez tem mais peso para Sofia, pois por mais que dessa vez sua condição financeira seja boa e não passe por tanto sofrimento externo como antes,

ela já estava preparando planos para a sua vida. Ela já havia se tornado mãe, e agora tinha a chance de ser Sofia.

Vemos que ela atribui, então, a Deus, essa gestação, como fruto de sua vontade. É a sua forma de significar o que lhe é inexplicável e inaceitável. Percebemos que Sofia vive um impasse: ela deseja ser Sofia, estudar, dirigir, viver um pouco mais para si, mas Deus deseja que ela seja mãe novamente. Se com o bebê na barriga ela escolher “ser Sofia”, será uma mãe ruim e uma filha desobediente a Deus. Contudo, se escolher “ser mãe” e não “ser Sofia”, continuará obediente, mas não poderá realizar sua vontade, pois assim estaria sendo como a sua mãe.

Por isso Sofia sofria muito levando adiante a gravidez que pertence a Deus, e não a ela, desligando-se do bebê que não tomou como seu, cumprindo somente a vontade de Deus.

Como era Deus o responsável pela gestação, ela afirma que Ele sabia o que estava fazendo e pede para que Ele mude seu sentimento de rejeição em relação ao seu filho. É essa dependência de Deus e de Sua vontade que ajuda Sofia a permanecer com o bebê, a continuar gerando a criança.

Sofia cria que Davi só nasceria ao completar os nove meses de gestação por sua falta de motivos que antecipassem o parto, mas ela não considerava que além de questões externas, como uma separação, ou fisiológicas, como uma infecção urinária, sua própria relação com o bebê seria um motivo para seu nascimento antecipado, já que desde o ventre o bebê a percebe e vice-versa (Szejer, 1999).

Como já sabemos, os demais filhos de Sofia eram prematuros assim, como as gestações foram de risco, podemos perceber que para ela, ser prematuro era algo normal, como ela mesma afirma ao falar que acreditava que assim como a irmã, Davi só

receberia um pouco de oxigênio e iria embora. Sua experiência com a prematuridade nos remete ao que foi afirmado por Baptista e Furquim (2009) ao tratarem de gestações de alto risco nas quais as mães, ao entrarem, anteriormente ao parto, em contato com a possibilidade de prematuridade, tinham menos impactos negativos após o parto. Foi no momento em que ela viu um bebê que além de ser prematuro poderia, de fato, morrer, que Sofia percebeu realmente seu filho (Arruda & Marcon, 2007; Brasil, 2011; Gaíva & Scochi, 2005; Moreira, et. al, 2003).

Percebemos que a culpa e o arrependimento foram os primeiros sentimentos. Ela, mesmo sem querer e levando a gestação adiante, sentia-se negligente, sentia-se como não amorosa, sentia-se culpada e em consequência, estava sendo desobediente a Deus. Mas quando Sofia vê a palestra da psicóloga, e Helena com seu filho, ela recebe uma chance de reconciliação com o propósito divino e com o bebê, com quem tinha sido negligente. A palavra da psicóloga lhe dá a chance de ser uma boa mãe e de salvar seu filho da morte, que seria insuportável, pois marcaria sua desobediência e sua semelhança com sua mãe em sua falta de amor para com o bebê. Então ela se empenha em estar com o bebê em todo tempo possível, dando-lhe proteção, cuidado e presença, em contra ponto com tudo aquilo que ela não havia dado durante a gestação.

Vemos que como é inaceitável para Sofia perder o bebê, ela não admite que ela mesma afirme ou tome atitudes nesse sentido, pois o falar da má situação do filho é a marca de sua incompetência como mãe. Então ela diz que o bebê está sempre bem, que ele vai sobreviver, pois só desse modo ela pode cumprir sua missão de boa mãe.

Quando ela consegue segurar Davi em seu colo pela primeira vez, ela tem os primeiros prêmios de seu empenho em voltar a ser uma boa mãe, e quando ela e Davi saem da UTIN com um mês de antecedência, podemos entender o momento como o

perdão e a permissão recebidos para ser novamente a mãe de seu filho. Ela fala: *eu pude ser mãe de verdade*. Ela se reconcilia com o bebê e com Deus.

A relação de amor estabelecida entre Sofia e Davi diferencia-se da dos outros. Como Davi é um filho rejeitado e reconciliado, podemos perceber que nele estão as marcas da culpa de Sofia por ter sido como sua mãe. Então ela caracteriza esse amor como dependente. Ela depende dele para continuar sendo boa e ele depende dela para sobreviver. Por isso, podemos perceber, que seu amor, pelo menos por enquanto, é diferenciado do de seus irmãos, como a própria Sofia afirma.

Considerações finais

O objetivo principal desse trabalho foi analisar a vinculação de uma mãe e seu filho, separados com a internação do bebê. Durante o trabalho foi tratado o desejo de ser mãe, o investimento afetivo durante a gravidez e a quebra de expectativas oferecidas pelo parto prematuro, justificando a necessidade de revinculação entre a mãe e o bebê.

O caso de Sofia demonstra a importância que Deus teve como o Outro na constituição de Sofia e em sua forma de significar e vivenciar a maternidade. Anteriormente foi demonstrado o que Szejer e Stewart (2002) chamam de *banho de linguagem* e como esse banho constitui o sujeito e sua missão.

O que pudemos depreender do relato que foi possível captar é que em sua história de cuidado Sofia, mesmo não tendo sido criada por sua mãe na maior parte de sua vida, ficou bastante marcada pela sua falta de cuidado materno. Em decorrência dessa marca, como forma de fugir desse modelo, Sofia buscou distanciar-se da possibilidade de ser da mesma forma, tendo o relacionamento com Deus como pilar para esse distanciamento. Sem a “vontade de Deus” em sua vida, para que pudesse atribuir às gravidezes ou a força para que ela tivesse amor, cuidado e perseverança, não podemos saber de que forma Sofia encararia as circunstâncias vividas em sua história, como a separação, as prematuridades e o último filho que não estava conscientemente em seu desejo.

Logo, podemos compreender que o fato de ser permeada pela crença em Deus possibilitou que Sofia se relacionasse de uma forma diferente da que ela tanto temia com seus filhos.

Quanto ao vínculo com o filho internado, vemos que o principal motivo de Sofia permanecer distanciada de seu filho não é relacionado à internação de Davi, mas sim ao momento de sua vida em que o filho surgiu. Assim, mesmo que durante todo o trabalho tenha sido apresentada a ideia de que a internação é um motivo de separação afetiva entre a mãe e seu bebê, no caso de Sofia, nem a prematuridade nem a internação tiveram relação com seu afastamento afetivo.

Primeiro porque a prematuridade, em si, não era para Sofia um marcador relacionado tão fortemente à morte e à fragilidade do bebê, como foi sustentado anteriormente, já que em sua história a prematuridade estava presente em todas as gestações.

E também porque o que separou Sofia de Davi foi o momento em que ele veio em sua vida e a internação, ao contrário do explicado durante a fundamentação, foi quando ela pode entrar em contato com o seu bebê, mesmo que pela culpa de não ter conseguido amá-lo na barriga.

Ainda tratando da internação, podemos lembrar como Arruda e Marcon (2007) e Gaíva e Scochi (2005) afirmaram ser importante a informação dada aos pais como fator redutor de ansiedade. No caso de Sofia, a instrução pode não só reduzir sua ansiedade, como também dar-lhe uma nova chance de cuidar de seu bebê, de se fazer importante em sua sobrevivência.

Ampliando essa experiência, podemos ver que a informação específica dada pela psicóloga, da importância do toque, da presença, da voz da mãe para a melhora do bebê pode funcionar para muitas outras mães como uma segunda chance de cuidar e ser importante para a recuperação do bebê, já que a culpa pela incapacidade de ter gerado um filho saudável é muito marcante para as mães de prematuros.

Creemos que os dados obtidos nesta pesquisa não foram diretamente correspondentes com o que fortalecido na fundamentação, mas que ainda assim possibilitaram uma visualização da importância de como se dá a formação do desejo de ser mãe na vida materna em sua vinculação com o bebê, prematuro ou não.

Creemos também que esta pesquisa poderia ser ampliada para outras mães de prematuros em diferentes condições como primíparas, adolescentes, mães de gêmeos, para que de certa forma os dados obtidos possam embasar práticas que contribuam para o trabalho do psicólogo no ambiente hospitalar como contribuinte na vinculação e na aproximação destas mães e seus bebês.

Referências Bibliográficas

- A Bíblia da Mulher: leitura, devocional e estudo.* (2009). Barueri: Sociedade Bíblica do Brasil.
- Agman, M., Druon, C., & Frichet, A. (1984). Intervenções Psicológicas em Neonatologia. In: D. B. Wanderley, *Agora Eu era Rei: os entraves da prematuridade* (1999) (pp. 17-34). Salvador: Álgama.
- Aragão, R. O. (2004). Narcisismo Materno e Criação de Espaço Psíquico para o Bebê. In: R. O. Aragão, *O Bebê, o Corpo e a Linguagem* (pp. 91-102). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Arruda, D. C., & Marcon, S. S. (2007). A Família em Expansão: experienciando intercorrências na gestação e no parto do bebê prematuro com muito baixo peso. *Texto Contexto Enferm*, 16 (1), 120-128.
- Baptista, A. S., & Furquim, P. M. (2009). Enfermaria de Obstetrícia. In: M. N. Baptista, & R. R. Dias, *Psicologia Hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos* (pp. 11-34). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Baptista, A. S., Agostinho, V. B., Baptista, M. N., & Dias, R. R. (2009). Atuação Psicológica em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal- UTI- Neo. In: M. N. Baptista, & R. R. Dias, *Psicologia Hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos*. (pp. 35-52). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Boaventura, C. B. (2006). A Maternidade e suas Vicissitudes: uma possibilidade de exercício da feminilidade. In: M. K. Rabelo, *(Re) visitando o Humano: estudos de psicologia* (pp. 11-24). Brasília: Thesaurus.

- Braga, N. A., & Morsch, D. S. (2003). Os Primeiros Dias na UTI. In: M. E. Moreira, N. A. Braga, & D. S. Morsch, *Quando a Vida Começa Diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal* (pp. 51-68). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Brasil. (2007). Portaria 1.683. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2011). *Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso: Método Canguru*. Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil. (2012). Portaria nº 930. Ministério da Saúde.
- Brasil. (n. d.). *Método Canguru no Brasil: da implantação aos dias atuais e perspectivas*. Acesso em 10 de Nov de 2012, disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_canguru_160311.pdf
- Brazelton, T. B. (1987). O bebê: parceiro na interação. In: T. B. Brazelton, B. Cramer, L. Kreisler, R. Schappi, & M. Soulé, *A Dinâmica do Bebê* (pp. 9-25). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1992). *As Primeiras Relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Caetano, L. C., Scochi, C. G., & Angelo, M. (2005). Vivendo no Método Canguru a Triade Mãe-filho-família. *Revista Latino-am Enfermagem*, 13 (4), Jul-Ago, 562-568.
- Deslandes, S. F. (2002). A Construção do Projeto de Pesquisa. In: M. C. Minayo, *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade* (pp. 31-50). Petrópolis: Vozes.

- Dias, M. M. (2004). A Aventura de Vir a Ser: uma experiência em UTI neonatal. In: R. O. Aragão, *O Bebê, o Corpo e a Linguagem* (pp. 201-210). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Druon, C. (1999). Ajuda ao Bebê e aos seus Pais em Terapia Intensiva Neonatal. In: D. B. Wanderley, *Agora Eu era Rei: os entraves da prematuridade* (pp. 35-54). Salvador: Álgama.
- Eleutério, F. R., Rolim, K. M., Campos, A. C., Frota, M. A., & Oliveira, M. M. (2008). O Imaginário das Mães sobre a Vivência no Método Mãe-canguru. *Ciênc Cuid Saúde*, 7 (4), out- dez, 439-446.
- Entringer, A. P. (2012). *Perspectiva Econômica da Implantação do Método Canguru na Rede Municipal de Saúde do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança, Instituto Figueira, Rio de Janeiro.
- Freud, S. (1997). *O Futuro de uma Ilusão*. Rio de Janeiro: Imago.
- Gaíva, M. A., & Scochi, C. G. (2005). A Participação da Família no Cuidado ao Prematuro em UTI neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(4), 444-448.
- Gomes, R. (2002). A Análise de Dados em Pesquisa Qualitativa. In: M. C. Minayo, *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade* (pp. 67-80). Petrópolis: Vozes.
- Jorge, M. A., & Ferreira, N. P. (2005). *Lacan: o grande freudiano*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (2008). *O Seminário, Livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Mathelin, C. (1999). *O Sorriso da Gioconda*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

- Minayo, M. C. (2002). Ciência, Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social. In: M. C. Minayo, *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade* (pp. 9-30). Petrópolis: Vozes.
- Mohallem, L. N., & Souza, E. M. (2000). Nas Vias do Desejo... In: M. D. Moura, *Psicanálise e Hospital* (pp. 17-30). Rio de Janeiro: Revinter.
- Moreira, M. E., & Bomfim, O. L. (2003). Um Nascimento Diferente. In: M. E. Moreira, & N. A. Braga, *Quando a Vida Começa Diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal* (pp. 23-28). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Moreira, M. E., Rodrigues, M. A., Braga, N. A., & Morsch, D. S. (2003). Conhecendo uma UTI Neonatal. In: M. E. Moreira, N. A. Braga, & D. S. Morsch, *Quando a Vida Começa Diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal* (pp. 29-42). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Neto, O. C. (2002). O Trabalho de Campo como Descoberta e Criação. In: M. C. Minayo, *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade* (pp. 51-66). Petrópolis: Vozes.
- Rappaport, C. R. (1981). Influências Pré e Perinatais no Desenvolvimento. In: C. R. Rappaport, W. R. Fiori, & E. Herzberg, *A infância inicial: o bebê e sua mãe* (pp. 1-6). São Paulo: E.P.U.
- Rosa, R., Martins, F. E., Gasperi, B. L., Monticelli, M., Siebert, E. R., & Martins, N. M. (2010). Mãe e Filho: os primeiros laços de aproximação. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 14 (1), 105-112.
- Simonetti, A. (2004). *Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Szejer, M. (1999). *Palavras para Nascer: a escuta psicanalítica na maternidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Szejer, M., & Stewart, R. (2002). *Nove Meses na Vida de uma Mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Véras, R. M., Vieira, J. M., & Moraes, F. R. (2010). A Maternidade Prematura: o suporte emocional através da fé e religiosidade. *Psicologia em Estudo*, 15 (2), 325-332.
- Winnicott, D. W. (2001). *A Família e o Desenvolvimento Individual*. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (2002). *Os Bebês e suas Mães*. São Paulo: Martins Fontes.
- Zornig, S. M., Morsch, D. S., & Braga, N. A. (2004). Parto Prematuro: antecipação os descontinuidade temporal? In: R. O. Aragão, *O Bebê, o Corpo e a Linguagem* (pp. 165-174). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Anexos

**-A História de Um Bebê-
Roteiro de entrevista**

1. Desejo

- a. Você tinha vontade de ser mãe?
- b. Como você imaginava a maternidade?
- c. E o pai do bebê? Também compartilhava essa vontade?
- d. Seus bebês foram planejados?
- e. Como você os imaginava antes da gravidez e durante a gravidez?

2. A gravidez

- a. Como foi descobrir a gravidez?
- b. Como se passou a gestação?
- c. Você se lembrava de sua infância enquanto estava grávida?
- d. Sua família e seu marido estiveram presentes com você durante a gravidez? Eles te ajudaram em algo?
- e. Enquanto estava grávida, você pensou que o bebê poderia nascer com alguma intercorrência?
- f. Você já tinha algo como um quarto ou um enxoval preparado para seu filho?

3. O parto

- a. Como foi saber que o bebê teria que nascer antes do tempo?
- b. Com quantas semanas ele nasceu?
- c. Como foi o parto?
- d. Como você se sentiu nele?
- e. O que aconteceu com o bebê?
- f. O que te falaram depois da retirada do neném? Como foi ouvir isso?

4. Internação

- a. Como foi visitar o bebê na UTIN a primeira vez?
- b. Você realizou a posição canguru? Como foi?
- c. E seu marido, como se sentiu?
- d. De que forma a equipe participou dessa primeira visita?
- e. Você achava que poderia de alguma forma ajudar o bebê na UTIN?
- f. A equipe permitia que você participasse de alguns cuidados do bebê na internação?

5. Alojamento Conjunto

- a. Como foi receber a notícia de que vocês iriam para o ALCON?
- b. Como foi a primeira noite no ALCON?
- c. Como você se sente cuidando do seu bebê?
- d. Você acha que está preparada para ir com ele para casa?
- e. Você tem medo de que alguma piora seja causada por você aqui, fora da UTIN?

Anexo 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“Alojamento Conjunto: um estudo sobre a vinculação mãe e bebê separados pela internação do recém-nascido”

Centro Universitário de Brasília- UniCEUB

Pesquisador responsável: Morgana de Almeida Queiroz

Este documento que você está lendo é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ele contém explicações sobre o estudo que você está sendo convidado a participar.

Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o seu conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo.

Antes de assinar faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

Natureza e objetivos do estudo

O objetivo específico deste estudo é analisar a vinculação entre a mãe e o bebê após a internação deste bebê e você está sendo convidado a participar exatamente por ser mãe de um bebê que foi internado em uma UTI Neonatal logo após seu nascimento. Para realizar a pesquisa você precisa ter 18 anos ou mais. Nós iremos ter alguns encontros de conversas com você que serão utilizados como dados. Logo, não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo. As entrevistas serão gravadas, quando permitidas, ou pontuadas em anotações pela pesquisadora auxiliar. A pesquisa apresenta baixíssimo risco para você e irá nos auxiliar na análise da participação da família nos cuidados iniciais do bebê prematuro. Caso você não deseje falar ou argumentar sobre determinados assuntos, o aviso ao pesquisador será o necessário para que a pergunta seja anulada. Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento, você não precisará realizá-lo e se desejar, você poderá se retirar da pesquisa sem nenhum dano, pois sua participação é voluntária. Basta, para isso, entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis. Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo. Qualquer dado que possa lhe identificar será mantido em sigilo e o conteúdo das entrevistas só serão ouvidos na íntegra e manuseados pelas pesquisadoras. O material com as suas informações (fitas, entrevistas, etc.) ficará guardado sob a responsabilidade da pesquisadora Morgana de Almeida Queiroz com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade. Ele será destruído após a pesquisa.

Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Eu, _____ RG _____, após receber uma explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Brasília, _____ de _____ de _____.

Participante

Pesquisador (a) auxiliar
Aline Moura Barros Martins
Celular: 8175-5182